Az Egészségügyi Felvilágosítástól az Egészségfejlesztésig

The history of the Journal of Health Promotion

doi: 10.24365/ef.v60i1.433

Az Egészségfejlesztés folyóirat a 60. évébe lépett, ennek okán az idei év az ünneplés jegyében telik majd. Az 1960-ban indult lap több néven is megjelent, először Egészségügyi Felvilágosítás címmel, majd 1976-tól az Egészségnevelés címet viselte. A lap alapítói, dr. Métneki János és dr. Vimon Gyula az 1887-től az Országos Közegészségi Egyesület hivatalos lapjaként megjelenő Egészség című folyóirat szellemi folytatásaként tekintettek a lapra. A folyóirat 2004 óta már Egészségfejlesztés címen olvasható, 2016-tól pedig modern formában, elektronikusan jelenik meg. Büszkén mondhatjuk, hogy a hazai népegészségügyi szakfolyóiratok közül elsőként, csak szakbírálaton átesett (peer-reviewed) eredeti közleményeket jelentet meg, az egészségfejlesztés területéről származó legfrissebb hírek, fejlesztések, érdekességek, beszámolók, vélemények és megvitatásra érdemes kérdések felvetése mellett.
Célunk az egészségügyön kívüli, az egészségfejlesztésben érintett más ágazatok szakembereinek, így az oktatás, szociális szféra, közgazdaságtan, szociológia, média, urbanisztika stb. képviselőinek megszólítása, határterületi kérdésekről szóló cikkek megjelentetése is.

Az évforduló kapcsán számos, az elmúlt évtizedekben megjelent cikket dolgozunk fel újra a 2019-ben megjelenő lapszámokban, őszre pedig olvasói találkozót tervezünk. A szokásos négy szám mellett idén is két különszámmal jelentkezünk majd, az egyik az egészségtervezés témáját fogja taglalni, a másik – ehhez kapcsolódva – egy városi egészségtervezést fog részletesebben bemutatni.

A tavalyi év végén olvasói szavazást indítottunk „2018. legjobb cikkének" kiválasztására. A szavazáson első helyen végzett AGORA rovatban megjelent közlemény a gyermekbántalmazás magyarországi helyzetét és a prevenciós munka fontosságát mutatja be. A felhívásnak megfelelően a cikk első szerzőjével készített interjúnkat „A bántalmazás megelőzését a nyílt társadalmi kommunikáció segíti..." címmel a szerkesztőségi közlés rovatban olvashatják.

A folyóirathoz benyújtott kéziratok száma egyenletesen gyarapodik, ezzel együtt a közlemények megjelentetésével járó feladatok is növekednek. Szerkesztőségünk így új tagokkal bővült: év elejétől három új szerkesztőnk és két új olvasószerkesztőnk szerkeszti a lapot. A lap olvasói bázisa folyamatosan bővül, az olvasottsági adatok is a lap egyre növekvő ismertségét támasztják alá. A látogatói és olvasottsági statisztikákat a megszokott táblázatban és ábrán mutatjuk be részletesen alább.

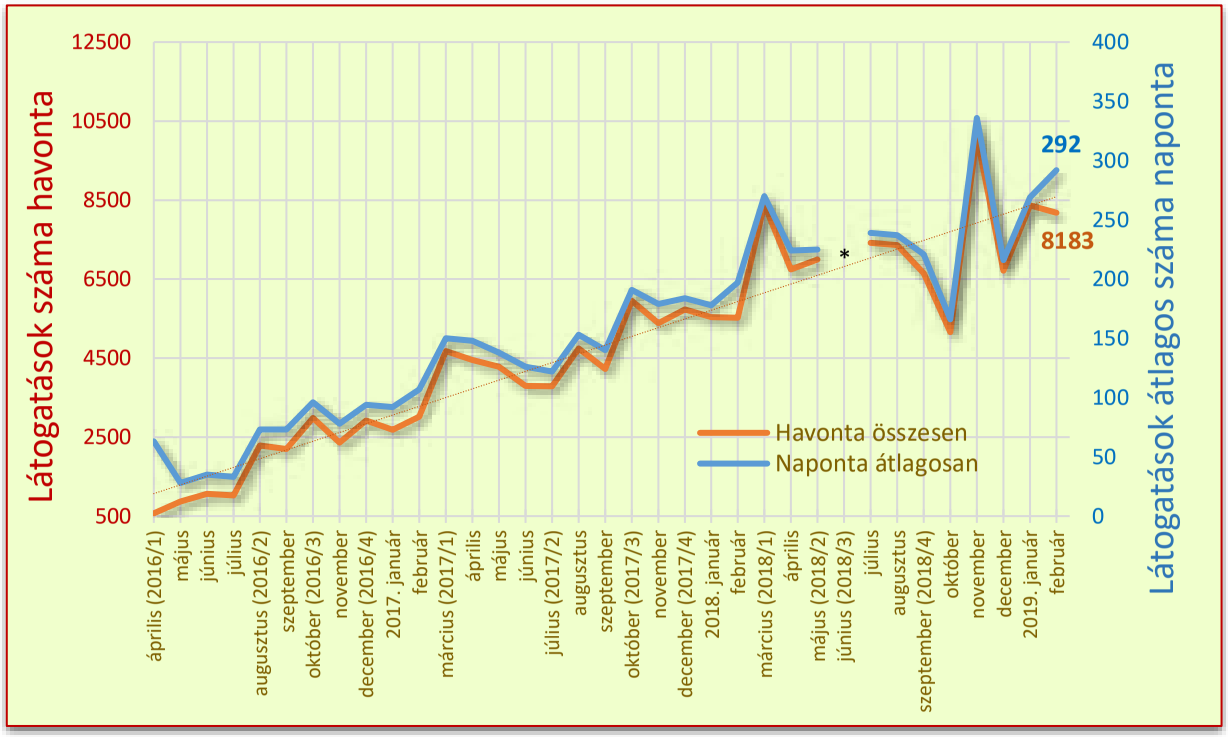
Látható, hogy a TOP 10-es rangsorban nincs jelentős változás az előző számokhoz képest, így a legolvasottabb cikkek jellemzően tartják jó olvasottsági eredményüket. Érdekes viszont az, hogy egy tematikus válogatás is szerepel már a 10 „legérdekesebbnek" bizonyult cikk között – érdekességmutató: a megtekintések száma és a megjelenés óta eltelt napok száma hányadosa alapján számított mutató –, ami arra enged következtetni, hogy érdemes hasonló, szakterületekre fókuszáló cikkgyűjteményeket közölni.

1. táblázat: TOP 10-es rangsor

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
707	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
599	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
581	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
512	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
487	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018. 1.
452	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
442	Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására	Vitrai J, Bakacs M	2017. 4.
432	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
418	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Kolta J, Kun E	2016. 3.
416	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	Varsányi P et al.	2016. 1.
TELJES KÖZLEMÉNY			
2901	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1144	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
930	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
632	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
595	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
461	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et. Al	2018. 2.
365	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
357	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról	Solymossy J, Koós T	2016. 3.
351	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2.
331	2016-os Éves Jelentés a kábítószerhelyzetről – rövid összefoglaló	Nyírády A	2016. 4.
"ÉRDEKESSÉG"			
4,09	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1,55	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,43	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,42	Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről	szerkesztőség	2018. 6.
1,27	Az egészségjelentések jó gyakorlata – irányelvek és ajánlások	Vitrai J.	2018. 6.
1,11	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,08	A családi tradíció szerepe a kisdedek és kisgyermekek táplálkozásában	Karácsonyi I, Kölkedi P, Karamánné Pakai A	2018. 5.
1,08	Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők	Pachner O, Lendvay Zs	2018. 5.
1,04	Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata (WAVES vizsgálat)	Erdei G	2018. 6.

0,99	Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata	Végh B, Bíró É	2018. 6.

1. ábra: folyóirat honlapját havonta, illetve naponta átlagosan meglátogatók száma



* nincs adat

„A bántalmazás megelőzését a nyílt társadalmi kommunikáció segíti...”

„Child abuse can be prenvented by open social communication...”

doi: 10.24365/ef.v60i1.431

Olvasói szavazás alapján „2018. legjobb cikke” a gyermekbántalmazás magyarországi helyzetét és a prevenciós munka fontosságát mutatja be. Rövid interjút készítettünk a közlemény első szerzőjével, Tománé Mészáros Andrea védőnővel. A teljes cikk itt olvasható: Hogyan előzzük meg a gyermekbántalmazást? A prevenciós munka jelentősége és kihívásai

Gratulálunk az olvasói szavazáson elért első helyezéséhez! Miért tartja cikke témáját fontosnak?

Nagyon köszönöm ezt az elismerést társszerzőim nevében is. Visszaigazolása annak, hogy beszélni kell a gyermekbántalmazás súlyos problémaköréről. Az Egészségfejlesztés folyóirat nagy múltú, a szakmai körökben elismert tudományos platform. Megtisztelő, hogy a cikkem megjelenhetett itt. Védőnőként, több mint 15 éve elköteleződtem a gyermekbántalmazás megelőzése mellett. Témámat fontosnak tartom, hisz a közbeszédben gyakran előkerül, de a tudományos életben nem kap nagy hangsúlyt. PhD hallgatóként remélem sikerül egy kicsit több figyelmet irányítani rá. A gyermekbántalmazás rendkívül szenzitív terület, ahol mély érzelmek, traumák temetődnek el hosszú időre, vagy kerülnek felszínre. Gyakori a szégyenérzet. A szakemberek sokszor kerülik a témát, félrenéznek, mert eszköztelenek. Ennek következtében a gyermekek tovább sérülnek. A bántalmazás transzgenerációs hatásai miatt rendkívül fontos lenne megállítani a bántalmazói kört és támogatni a gyermekeket egy boldogabb élet kialakításában.
A WHO a gyermekbántalmazást, annak hosszú távú hatásai miatt népegészségügyi problémává nyilvánította.

Hogyan foglalná össze üzenetét röviden a szakemberek, illetve a nagyközönség számára?

A legfontosabb üzenet, hogy a gyermekbántalmazás megelőzhető. Ehhez számos tényező szükséges. Az alap a bántalmazás teljes elutasítása. A magyar jogszabályok jók, kimondják, hogy a gyermek mindenfajta bántalmazása tilos. Azonban a mindennapokban kevéssé tudják betartani mind a szülők, mind a szakemberek. Sokat segítene a bántalmazás megelőzésében az Isztambuli Egyezmény ratifikálása és az előírásainak beemelése a magyar jogrendbe. Számos szülő nehezen tud megbirkózni nevelési, gondozási feladataival. Nincsenek jó példák előttük, nem ismerik a pozitív szülői eszköztárat. A szakemberek feladata a támogatás, az oktatás, hogy minél jobb szülővé tudjanak válni. Ezzel párhuzamosan nagyon fontos a szakemberek ismereteinek további mélyítése, eszköztáruk bővítése.

Van-e személyes élménye mindezzel kapcsolatosan?

Körzeti védőnőként egy fővárosi peremkerületben dolgoztam. Számos elhanyagolási és bántalmazási esettel találkoztam. Jelzési kötelezettség már akkor is volt, meg is tettem a szükséges lépéseket. Azonban máig ható élmény a rendszer tehetetlensége és a saját frusztráltságom, amikor nem sikerült segíteni egy-egy gyermeken. Szerencsére ebben azért sok változás történt az elmúlt években. Nem állítom, hogy minden hibátlanul működik, de nagyon sok szakember lelkiismeretesen dolgozik azért, hogy jobb legyen a gyerekeknek. Mély meggyőződésem, hogy a bántalmazás megelőzését a nyílt társadalmi kommunikáció segíti. Továbbá az újonnan fókuszba került bántalmazási formák

(pl. bullying, on-line bántalmazások, stb.) megelőzésében, kezelésében a szakmaközi együttműködést tovább kell erősíteni.

Gyakran publikál-e? Ezúttal miért az Egészségfejlesztés folyóiratot választotta?

Korábbi munkahelyemen, az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben működő munkacsoport tagjaként számos feladatban vettem részt, például szakmai irányelvek kidolgozásában, weboldal létrehozásában. Tudományos cikkek írásával csak az utóbbi 1,5 évben foglalkoztam. A gyermekbántalmazásnak van magyar nyelvű szakirodalma, azonban a saját kutatási területem, a „Shaken Baby Syndrome" (megrázott gyermek szindróma) magyar nyelvű irodalma meglehetősen szegényes. Így szándékaim szerint a további cikkek már erre a területre fognak irányulni. Védőnőként hiszem, hogy az egészségtudatos életmódhoz hozzátartozik a testi-lelki egyensúly, jóllét. Ennek megalapozása a biztonságos gyermekkor. Az „elég jó szülővé" válás tanulható, ezáltal a gyermekbántalmazás elkerülhető. Az Egészségfejlesztés folyóirat különszáma kiváló felület volt ennek a témának a megjelenítésére, amiért ezúton is köszönetet mondok.

Mit javasol a publikálás előtt állóknak?

Olvassák a hazai és külföldi szakirodalmat. Minél többet írjanak. És higgyenek abban, hogy ha szenvedéllyel és kellő tudással csinálnak valamit, az másoknak is hasznos lesz.

Az egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata orvostanhallgatók és jogászhallgatók körében

Comparative analysis of health behaviour between medical and law students

Szerzők: Dombrádi Viktor[a], Czira Eszter[b], Gáll Tibor[b], Nagy Attila[c], Bíró Klára[a] ✉
a: Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Egészségügyi Menedzsment és Minőségirányítási Tanszék
b: Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Biostatisztikai és Epidemiológiai nem önálló Tanszék

Beküldve: 2018. 08. 08.
doi: 10.24365/ef.v60i1.344

Összefoglaló:
Bevezetés: Kiemelt jelentőségű azoknak a fiataloknak az egészségmagatartása, akik a későbbiekben egészségügyi dolgozóként példát mutatva befolyásolhatják életmódjukkal a lakosság egészségi állapotát. Feltételezhető, hogy az orvos- és egészségtudományi képzésben résztvevők, valamint az egészségtudományi képzésen kívül tanuló hallgatók egészségmagatartása eltérő. Kutatásunk célja volt felmérni és összehasonlítani a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar orvostanhallgatóinak és az Állam- és Jogtudományi Kar jogászhallgatóinak az egészségi állapotát és a különböző egészségmagatartási szokásaikat.
Módszertan: Forráspopulációnkat a negyedéves orvostan- és jogászhallgatók képezték. Vizsgálatunk az általános egészségi állapot felmérésen túl kitér a testmozgás, a táplálkozás, a dohányzás és alkoholfogyasztás kérdéseire. Adatgyűjtéshez az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2014 kérdőívének egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseit használtuk; papír alapú önkitöltős kérdőív segítségével mértük fel 2017 szeptemberében összesen 171 egyetemista egészségmagatartását. Az adatok elemzésére független t-próbát, Mann-Whitney próbát és khí-négyzet próbát alkalmaztunk.
Eredmények: Eredményeink szerint a női jogászhallgatók rosszabbnak ítélik meg az egészségi állapotukat (p=0,006) és messze nagyobb arányban dohányoznak (p<0,001), mint a női orvostanhallgatók. A férfi jogászhallgatók kétszer annyi időt töltenek sportolással (p<0,001), több napon végeznek izomerősítő gyakorlatokat (p=0,047), viszont gyakrabban isznak alkoholt (p=0,005), valamint nagyobb arányban dohányoznak (p=0,042) mint a férfi orvostanhallgatók. A női jogászhallgatóknak a vérnyomást (p=0,008), a koleszterinvérzsír-szintet (p=0,010) és a vércukorszintet (p=0,001) régebben mérte meg egészségügyi dolgozó, mint a női orvostanhallgatóknak. Férfiak esetén csak a vércukorszintmérésnél találtunk szignifikáns eltérést (p=0,031), itt is az orvostanhallgatók javára.
Következtetések: Célszerű lenne olyan program kialakítása a nem orvos- és egészségtudományi képzés hallgatói körében, amely keretében a dohányzás és az alkoholfogyasztás egészségveszélyeztető hatásaira, a leszokás lehetőségeire hívnák fel a hallgatók figyelmét. Vizsgálatunk során ugyan találtunk statisztikailag szignifikáns eltéréseket, viszont további vizsgálatokra lenne szükség ahhoz, hogy ezekre bizonyítható magyarázatot adjunk.

Kulcsszavak: egészségmagatartás; orvostanhallgatók; jogászhallgatók; ELEF; kérdőíves felmérés

Summary:
Introduction: It is essential to measure the health behavior of those young people who might influence the health status of the population by setting an example as future healthcare workers. Presumably, those who study medical or health sciences have different health behavior compared with those who study something else. Our main aim was to survey and compare the health status and the various aspects of health behavior of medical students of the Faculty of Medicine, University of Debrecen with law students of the Faculty of Law, University of Debrecen.
Methods: Our sample consisted of fourth year medical and law students. Beyond the general health status related questions, we also asked about physical activity, eating habits, smoking and alcohol consumption. The questions of the 2014 EHIS questionnaire were adapted in our survey. In September 2017 171 university students were interviewed related to their health behavior via self-completed paper questionnaires. Independent t-tests, Mann-Whitney tests and Chi-square tests were used for the data analysis.
Results: According to our results female law students perceive their health status worse ($p=0.006$) and have a higher ratio of smokers ($p<0.001$) than female medical students. Male law students spend twice as much time doing sports ($p<0.001$), do more muscle training ($p<0.047$), however, they also drink alcohol more often ($p=0.005$) and have a higher ratio of smokers ($p=0.042$) than male medical students. Blood pressure ($p=0.008$), cholesterol level ($p=0.010$) and blood sugar ($p=0.001$) was measured by healthcare workers earlier before among female law students than among female medical students. Among males we only identified a significant difference regarding measuring blood sugar level ($p=0.031$) in favor of the medical students.
Conclusions: It would be beneficial to launch a program among students who attend non-medical or non-health science courses that highlight the health hazards of smoking and alcohol consumption and would also promote the possibility of quitting these lifestyle behaviors. Although, our research has revealed statistically significant differences, further researches are needed in order to explore the underlying factors.
Keywords: health behaviour; medical students; law students; EHIS; questionnaire based survey

BEVEZETÉS

Egészségünk meghatározóinak tekintjük a biológiai tényezőket, melyeken nincs módunk változtatni; ilyen a kor, a nem és a genetika. További meghatározó determinánsok az életmódbeli jellemzők, a természeti és társadalmi-gazdasági környezet, valamint az egészségügyi rendszer szerepe. Ezen négy tényező közül az életmód határozza meg leginkább az egyén egészségi állapotát. Az egyén életmódbeli jellemzőitől függ, hogy hogyan akar élni, melyek az életcéljai, valamint, hogy milyen egészségmagatartást alakít ki és ezzel hogyan formálja a későbbi egészségi állapotát.[1]

Az egészségmagatartás magába foglalja az egyén viselkedését, magatartását, amely hozzájárulhat az egyén egészségének védelméhez vagy éppen a károsodásához. Az egészségmagatartás alakulását az egyén saját maga alakítja ki, de abból a szempontból, hogy ezt hogyan teszi, két típusa különíthető el. Passzív egészségmagatartáshoz tartozik például a dohányzástól való tartózkodás, amely nem igényel különösebb aktív magatartási döntést, azonban hosszú távon jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot. Aktív egészségtudatos egészségmagatartási minták közé sorolandó például az egészségtudatos táplálkozás vagy a rendszeres fizikai aktivitás, melyek sok esetben

eltérő motiváción alapuló magatartási döntések eredményei.[2]

Számos betegség kialakulásának az esélyét tudjuk csökkenteni a kedvező egészségmagatartási szokások meglétével és a veszélyek elkerülésével. A korábban említett dohányzástól való tartózkodás, rendszeres fizikai aktivitás vagy az egészségtudatos táplálkozás a szervezet számára védő magatartási tényezőnek bizonyul bizonyos betegségek elkerülése tekintetében. Dohányzás esetében kutatások bizonyították, hogy a férfiaknál 90%-ban, nőknél 83%-ban a dohányzás felelős a tüdőrák kialakulásáért.[3] A dohányzástól tartózkodók átlagos veszélyeztetettségéhez viszonyítva a rendszeres dohányzók körében a relatív rizikó a tüdőrák kialakulására tízszeres, a gégerákra nyolcszoros, míg a szájüregi- és garat rákra négyszeres. De köztudottan fokozott veszélyezettséget jelent a dohányzás a szív-érrendszeri betegségek kialakulásában, elsősorban az iszkémiás szívbetegség (ISZB) esetében.[4] Az aktív egészségmagatartási minták közül a rendszeres fizikai aktivitás, a sport, általános kedvező hatásain kívül alkalmazható egyes betegségek primer, szekunder és tercier prevenciójában.

A rendszeres fizikai aktivitás, a sport ugyanis csökkenti a koszorúér-betegség, a magas vérnyomás, a cukorbetegség, az elhízás következtében kialakuló megbetegedések és a korai halálozási esetek számát. Emellett javítja a szervezet oxigénellátását, a központi idegrendszer szabályozását, valamint az anyagcserét.[5] Egészséges táplálkozással a daganatos betegségek 30-40%-a, a szív és érrendszeri betegségek egyharmada megelőzhető. A helytelen táplálkozással nem csak az említett megbetegedések kockázatát növeljük meg, hanem az elhízás, a cukorbetegség, az érelmeszesedés, a magas vérnyomás kialakulását is, ami jelentősen növeli a szívinfarktus és agyvérzés veszélyét.[6]

A magyar lakosság egészségi állapota igen kedvezőtlen, a 2014-es lakossági egészségfelmérés is azt igazolja, hogy a felnőttek keveset mozognak, rohanó világunkban az emberek keveset gyalogolnak, nem sportolnak eleget, sok időt töltenek ülőmunkával. Ez is hozzájárul ahhoz, hogy a magyar felnőtt lakosság több mint fele a túlsúlyosak-elhízottak közé tartozik. A rendszeres dohányzók aránya a 18-34 éves korosztályban 2009-es Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) adatokhoz viszonyítva mindkét nem esetében növekvő tendenciát mutatott, férfiaknál 5,5 nőknél 2,9 százalékpontos az emelkedés. A lakosság több mint huszada önbevallás alapján nagyivónak minősíthető, azonban meg kell jegyeznünk, hogy sokan szégyellnivalónak tartják a tényleges alkoholfogyasztást, így inkább kisebb mennyiséget vallanak be.[7] Önértékelt egészségi állapotfelmérés során a fiatal felnőttek érzik magukat leginkább egészségesnek, azonban megjegyzendő, hogy éppen ebben a korosztályban a legmagasabb az egészségre ártalmas magatartásformák aránya.[8]

Az egészségfejlesztési stratégiák megvalósítása szempontjából meghatározó szereppel bírnak az oktatás és nevelés helyszínéül szolgáló oktatási intézmények, ugyanis a jövő generációjának formálásához jelentős mértékben hozzájárulhatnak.[9]

Kiemelt jelentőségű azoknak a fiataloknak az egészségmagatartása, akik a későbbiekben egészségügyi dolgozóként példát mutatva befolyásolhatják életmódjukkal a lakosság egészségi állapotát. Az orvosok és leendő orvosok testi-lelki egészségével kapcsolatos vizsgálatok nem csupán a hivatás helyzete miatt jelentősek, hanem az egész egészségügyi rendszer működésére, valamint a lakosság egészségi állapotára kifejtett hatásuk miatt is kitüntetett szereppel bírnak.[10] Az orvosok munkájában a páciensek betegségeinek gyógyításán kívül az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés is jelentős feladatot tesz ki, ugyanis szakmai tudásuk és pozitív magatartásuk tükrében tanácsadó szereppel is rendelkeznek a megfelelő testmozgás és táplálkozás, alkoholfogyasztás és dohányzás későbbi következményeire vonatkozóan.[11]

Az orvosok és leendő orvosok személyes dohányhasználata összefüggésben van a tanácsadás gyakoriságával. Egy amerikai vizsgálat eredményeiből kiderült, hogy a klinikai gyakorlati képzésben résztvevő orvostanhallgatók körében azok, akik maguk is dohányoztak, kisebb valószínűséggel javasolták páciensüknek a leszokást, mint nemdohányzó kollegáik.[12] Az orvosok egyfajta modellszerepet töltenek be a helyes életmód képviseletében, így az orvostársadalom megbetegedéseinek, egészség-

károsító magatartásainak közvetve nagymértékű hatása van az egész társadalomra.[13] Egy emlő- és/vagy nőgyógyászati tumorral kezelt nők táplálkozási szokásaikban bekövetkező változásokat elemző vizsgálatból kiderült, hogy azon daganatos betegek, akiknek kezelőorvosuk javasolta életmódjuk megváltoztatását, közel négyszer nagyobb valószínűséggel módosítottak táplálkozási szokásaikon, mint azok, akik egyáltalán nem kaptak ilyen tanácsot az orvosaiktól.[14] Mindezen kutatások is jól mutatják, hogy mennyire fontos a leendő orvosok példamutató magatartása, egy egészséges életvitelt folytató orvos ugyanis nagyobb hajlandósággal ad tanácsokat prevencióról és egészségfejlesztésről, és ezáltal kedvező irányba befolyásolhatja a lakosság egészségi állapotát.[15]

Hazánkban több alkalommal is készült orvostanhallgatók egészségi állapotával és egészségmagatartásával foglalkozó kutatás, azonban kevés olyan hazai és nemzetközi közlemény áll rendelkezésre, ami orvostanhallgatók és hasonló korosztályú fiatalok vagy más felsőoktatási képzésben résztvevő hallgatók egészségmagatartásának felmérésével és összehasonlításával foglalkozik.

Magyarországon négy egyetemen folyik orvosképzés és már mind a négy képzőhelyen készítettek felmérést orvostanhallgatók egészségmagatartásával kapcsolatban, mely közül néhányat – a teljesség igénye nélkül – röviden ismertetünk, rámutatva ezzel a vizsgált téma fontosságára.

2011-ben a pécsi orvostanhallgatók dohányzási szokásait, valamint a leszokással kapcsolatos attitűdöket mérték fel az első és az ötödévesek körében. Az első évfolyamon a hallgatók 30,8%-a, az ötödik évfolyamon a hallgatók 39,8%-a dohányzott. Eredményeik alapján az egyetem során a hozzászokás, illetve az elszívott cigaretta mennyisége növekvő tendenciát mutatott.[16]

Szegeden 2008-ban ugyancsak a dohányzási szokásokat mérték fel az úgynevezett preklinikai fázisban lévő (első- és másodéves) orvostanhallgatók körében. A felmérés során sem az első, sem a másodévesek dohányzási státusza között nem találtak különbséget egyik nem esetében sem.[17]

Budapesten a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán 2008-ban orvossá avatás és a munkakezdés közötti időszakban frissen végzett orvosok életmódját térképezték fel. A felmérésben résztvevők 14%-a a rendszeres dohányzók körébe tartozott, átlagosan 3,3 órát töltöttek heti szinten sportolással, azonban a válaszadók 10%-a egyáltalán nem végzett testmozgást.[18]

2007-ben a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Karának I-V. évfolyamán tanuló orvostanhallgatók egészségmagatartását mérték fel. A kutatás során a debreceni orvostanhallgatók adatait az átlagnépesség azonos korosztályával is összehasonlították és arra a megállapításra jutottak, hogy az orvostanhallgatók közül kevesebben dohányoznak és a naponta dohányzók aránya is kisebb, valamint a heti rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya közel fele az átlagnépesség azonos korosztályához képest.[19]

Nemzetközi vizsgálat keretében már végeztek összehasonlító vizsgálatot orvostanhallgatók és más egészségtudományi képzésen kívüli egyetemi hallgatók között. A kutatók az orvosi, valamint a közgazdaságtudományi egyetemre járó hallgatók egészségmagatartását hasonlították össze 2006-ban Svédországban. A felmérés eredményeként azt állapították meg, hogy az orvostanhallgatók körében a kockázatos alkoholfogyasztási arány és a heti alkoholos intoxikáció alacsonyabb arányban fordult elő. Az orvostanhallgatók egészségmagatartás mutatói egyébiránt kedvezőbbek voltak, mint a közgazdaságtudományi egyetemre járó hallgatóké.[20]

MÓDSZERTAN

Vizsgálatunkba a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar (ÁOK) negyedéves nappali tagozatú orvostanhallgatóit és a Debreceni Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar (ÁJK) negyedéves nappali tagozatú jogászhallgatóit vontuk be.

A kérdőív kitöltésére 2017 szeptemberében került sor a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottság DE RKEB/IKEB 4887-2017 számú engedélyével. A negyedéves

orvostanhallgatók a „Megelőző orvostan és népegészségtan” egyik órájának keretében, a negyedéves jogászhallgatók a „Munka és szociális jog” egyik órájának keretében töltötték ki a kérdőívet. A kérdőív papíralapú volt, a kitöltése önkéntes és anonim módon történt. Az említett órákon az oktatók az óra befejezése előtt 10-15 percet adtak a hallgatóknak a kérdőív kitöltésre. Mindkét szak felmérésénél jelen volt a kitöltés teljes hossza alatt egy munkatársunk a hallgatók felmerülő kérdéseinek megválaszolása céljából és a kérdőív zavartalan kitöltésének felügyelete és biztosítása érdekében.

A felmérés alapját az ELEF 2014 egészségmagatartásra vonatkozó kérdései képezték, amelyet néhány saját kérdéssel kiegészítettünk. Későbbi beazonosításra alkalmas adatot egyik felmérés során sem kérdeztünk, a hallgatóknak a nemüket, az életkorukat és azt kellett megadniuk, hogy a Debreceni Egyetem melyik karának (Általános Orvostudományi Kar vagy Állam- és Jogtudományi Kar) hallgatói.

A kérdőív összesen 24 kérdést tartalmazott, 9 nyitott és 15 zárt kérdést. A kérdőív kérdései az egészségi állapotra, az egészségi állapotfelméréseken (vérnyomás, vércukorszint, koleszterinvérzsírszint) való részvételi gyakoriságra, a fizikai aktivitásra, a zöldség- és gyümölcsfogyasztásra, valamint a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokra vonatkoztak. Kérdőívünk utolsó kérdésköre azt is felmérte, hogy akik hetente több alkalommal is fogyasztanak alkoholt, azok egy átlagos héten mennyit fogyasztanak a hét egyes napjain bizonyos alkoholtípusok közül (sör, bor, tömény ital).

A kérdőívek beolvasása és adatrögzítése az EvaSys program segítségével történt. A statisztikai elemzésekhez az IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) statisztikai programot, valamint Microsoft Excel 2007 programot használtuk. Az elemzés során a férfiakat és a nőket külön kezeltük, így nemek közti összehasonlítást is tudtunk végezni. Ezzel jobb rálátást nyerünk az esetleges nemek közti sajátságokra és eltérésekre is. Az adatok beolvasása során elvégeztük az adattisztítást. Az adattisztítás utáni értékelhető kérdőívek száma 169 volt, tehát két hallgató válaszait nem tudtuk értékelni. Egyik esetben a hallgató nem jelölte meg a nemét, így őt a szak és nem szerinti összehasonlító vizsgálatunkba nem tudtuk bevonni, másik esetben a hallgató válaszai komolytalannak bizonyultak. Az inkonzisztens válaszok ellenőrzése az adatok elemzése során megtörtént.

Folytonos változók esetében Shapiro-Wilk próba alkalmazásával megvizsgáltuk az adatok normalitását, majd amennyiben mindkét azonos csoportban normál eloszlású ($p \geq 0,05$) volt az adat, abban az esetben független t-próbát alkalmaztunk, ha egyik vagy mindkettő azonos csoportban lévő adat nem normál eloszlású ($p<0,05$) volt, akkor pedig Mann-Whitney próbát használtunk. Kategorikus változók esetében a kapott válaszokat dichotomizáltuk, annak érdekében, hogy a khí-négyzet próba esetén a szignifikáns eltérések irányát is tudjuk azonosítani. Eredményeinket akkor tekintettük szignifikánsnak, ha a statisztikai eljárásból származó p érték kisebb volt, mint 0,05.

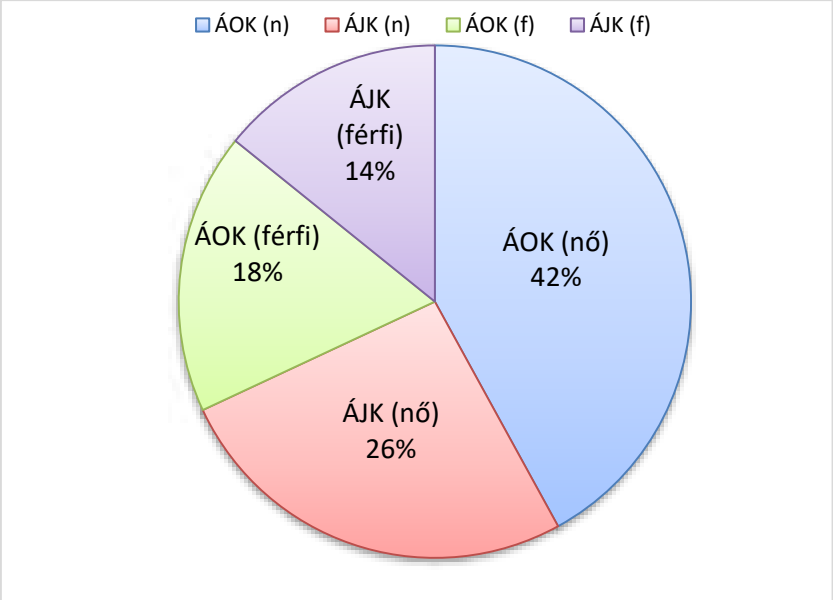
Vizsgálatunk során a Body Mass Index (BMI) kiszámítására is sor került, majd ezután az egyéneket az Egészségügyi Világszervezet (WHO) BMI besorolás kategóriái alapján osztályoztuk. A BMI vagy más néven testtömeg index a kg-ban számított testtömeg és a méterben számított testmagasság négyzetének hányadosa (kg/m^2). Ezen művelet elvégzésével megállapítható, hogy az egyén mely testsúlyosztályozási kategóriába sorolható. A WHO besorolása szerint, ha a BMI kevesebb, mint 18,50, akkor soványságról beszélünk. A soványság mértéke enyhe (18,49-17), mérsékelt (16,99-16) és súlyos (kevesebb, mint 16) lehet. Normál testsúlyról 18,50 és 24,99 közötti BMI érték esetében beszélünk. 25 vagy e feletti és 29,99 alatti BMI esetében túlsúly, e felett elhízás áll fenn. A WHO szerint I. fokú elhízásról (30-34,99), II. fokú elhízásról (35-39,99) és III. fokú elhízásról (40 és e felett) beszélhetünk.[21]

EREDMÉNYEK

Az elemzés során 169 nappali tagozatos egyetemi hallgató válaszát dolgoztuk fel. Tanévkezdéskor a „Megelőző orvostan és népegészségtan” tantárgyat 211 negyedéves orvostanhallgató, a „Munka- és szociális jog” tantárgyat 98 negyedéves jogászhallgató vette fel. A kérdőívet kitöltőkből 101 orvostanhallgató (48%-os válaszadási arány) és 68

jogászhallgató (69%-os válaszadási arány) adatait tudtuk elemezni. A vizsgálatba bevont hallgatók átlagéletkora 22,7 év volt. Nemek megoszlása tekintetében mind az ÁOK, mind az ÁJK negyedéves hallgatói esetében a nők voltak nagyobb arányban. A nők aránya 68% (42% ÁOK, 26% ÁJK) a férfiaké 32% (18% ÁOK, 14% ÁJK). [1. ábra]

1. ábra: Az elemzésben résztvevők aránya nem és kar szerinti bontásban



Forrás: saját szerkesztés

Az egészségi állapot szubjektív értékelése alapján a női orvostanhallgatók 94,4%-a, míg a női jogászhallgatók 77,3%-a jónak, illetve nagyon jónak tartja egészségi állapotát, kielégítőnek tartja előbbi 4,2%-a, utóbbi 18,2%-a, míg rossznak vagy nagyon rossznak előbbi 1,4%-a, utóbbi 4,6%-a. Az adott válaszok alapján megállapítható, hogy a női orvostanhallgatók szignifikánsan jobban ítélik meg az egészségüket, mint a női jogászhallgatók (p=0,006). Férfiak esetében az orvostanhallgatók 80%-a, míg a jogászhallgatók 87,5%-a mondja azt, hogy jó, illetve nagyon jó az egészségi állapota. Kielégítőnek tartja előbbi 16,7%-a, utóbbi 8,3%-a, míg rossznak vagy nagyon rossznak előbbi 3,3%-a, rossznak utóbbi 4,2%-a.[1] [1. táblázat]

Mindkét kar esetében a hallgatók egy jelentős része egyetért azzal, hogy az egészség megőrzésében nagy szerepe van az egészségtudatos életmódnak, tehát, hogy saját maguk is bizonyos szinten tudják formálni egészségi állapotukat. A női válaszadók körében az orvostanhallgatók 47,9%-a, a jogászhallgatók 29,5%-a vélte úgy, hogy nagyon sokat, viszont előbbi 1,4%-a, utóbbi 4,5%-a, hogy keveset, utóbbi 2,3%-a, hogy semmit sem tehet egészségéért. A férfi válaszadók esetében az orvostanhallgatók 43,3%-a vélte úgy, hogy nagyon sokat, 3,3%-a, hogy keveset tehet egészségéért. A férfi jogászhallgatók 41,7%-a gondolta úgy, hogy nagyon sokat tehet egészségéért. [2. táblázat]

A női jogász hallgatóknak a vérnyomást (p=0,008), a koleszterinvérzsír-szintet (p=0,010) és a vércukorszintet (p=0,001) régebben mérte meg egészségügyi dolgozó, mint a női orvostanhallgatóknak. Vérnyomásmérést a női ÁOK-sok 98,6%-ának, míg a női ÁJK-sok 86,4%-ának végezték el kevesebb, mint három éve. Koleszterinvérzsír-szint mérést a női ÁOK-sok 77,5%-ának, míg az ÁJK-sok 54,5-ának végezték el kevesebb, mint három éve. Vércukorszintmérésen a női ÁOK-sok 84,5%-a, míg a női ÁJK-sok 56,8%-a vett részt az elmúlt 36 hónapban.

[1] Az 1-13. sz. táblázatokban (a statisztikai számítások során) összevont adatok szerepelnek. A táblázatokhoz tartozó szöveges elemzésben viszont az adatok – az olvasók számára informatív módon – szétbontva is bemutatásra kerülnek.

Férfiak esetén csak a vércukorszintmérésnél találtunk szignifikáns eltérést (p=0,031), itt is az orvostanhallgatók javára. Ezen mérést az ÁOK-s hallgatók 80,0%-ánál, míg az ÁJK-s hallgatók mindössze 52,2%-ánál végezték el az elmúlt három évben. Vérnyomását a férfi ÁOK-sok 90%-ának, az ÁJK-sok 83,3%-ának mérte meg egészségügyi dolgozó, míg koleszterinvérzsír-szintjüket előbbi 70%-ának, utóbbi 50%-ának mérték meg kevesebb, mint három éve. [3. táblázat]

A WHO besorolási kategóriái szerint a női orvostanhallgatók 11%-a számít soványnak, 80%-a normál testalkatú, 6%-a túlsúlyos, 3%-a elhízott. A női jogászhallgatók 19%-a számít soványnak, 79%-a normál testalkatú, 2%-a túlsúlyos. Testtömeg index alapján a férfi orvostanhallgatók 3%-a számít soványnak, 70%-a normál testalkatú, 13%-a túlsúlyos, 13%-a elhízott. A férfi jogászhallgatók 83%-a normál testalkatú, 12%-a túlsúlyos és 4%-a elhízott. [4. táblázat] A statisztikai próba elvégzése után elmondható, hogy nem találtunk statisztikailag szignifikáns eltérést a vizsgált csoportok között a testtömeg index tekintetében.

1. táblázat: A negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók vélt egészsége

		Milyen az egészséged általában?		
		nagyon jó - jó	kielégítő - rossz - nagyon rossz	p-érték
Nő	ÁOK (n=71)	94,4% [85,6% - 97,9%]	5,6% [2,1% - 14,3%]	0,006
	ÁJK (n=44)	77,3% [62,4% - 87,4%]	22,7% [12,6% - 37,6%]	
Férfi	ÁOK (n=30)	80,0% [61,4% - 91,0%]	20,0% [9,0% - 38,7%]	0,462
	ÁJK (n=24)	87,5% [66,7% - 96,1%]	12,5% [8,7% - 29,5%]	

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Az egyén szerepének megítélése az egészségmagatartásban a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Véleményed szerint mennyit tehetsz az egészségedért?		
		nagyon sokat	sokat - keveset - semmit	p-érték
Nő	ÁOK (n=71)	47,9% [36,4% - 59,6%]	52,1% [40,4% - 63,6%]	0,052
	ÁJK (n=44)	29,5% [17,9% - 44,8%]	70,5% [55,3% - 82,2%]	
Férfi	ÁOK (n=30)	43,3% [26,6% - 61,7%]	56,7% [38,3% - 73,4%]	0,902
	ÁJK (n=24)	41,7% [23,6% - 62,3%]	58,3% [37,7% - 76,4%]	

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Egészségi állapotfelmérés gyakorisága a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Mikor mérte meg vérnyomásod utoljára egészségügyi dolgozó?		
		3 éven beül	több mint 3 éve, vagy soha	p-érték
Nő	ÁOK (n=71)	98,6% [90,4% - 99,8%]	1,4% [0,2% - 9,6%]	0,008
	ÁJK (n=44)	86,4% [72,6% - 93,8%]	13,6% [61,8% - 27,5%]	
Férfi	ÁOK (n=30)	90,0% [72,4% - 96,9%]	10,0% [3,1% - 27,6%]	0,469
	ÁJK (n=24)	83,3% [62,3% - 93,8%]	16,7% [61,9% - 37,7%]	

		Mikor mérte meg koleszterinvérzsír-szinted utoljára egészségügyi dolgozó?		
Nő	ÁOK (n=71)	77,5% [66,1% - 85,8%]	22,5% [14,2% - 33,9%]	**0,010**
	ÁJK (n=44)	54,5% [39,7% - 68,7%]	45,5% [31,3% - 60,4%]	
Férfi	ÁOK (n=30)	70,0% [51,0% - 83,9%]	30,0% [16,1% - 49,0%]	0,134
	ÁJK (n=24)	50,0% [30,4% - 69,6%]	50,0% [30,4% - 69,6%]	
		Mikor mérte meg vércukorszinted utoljára egészségügyi dolgozó?		
Nő	ÁOK (n=71)	84,5% [74,0% - 91,3%]	15,5% [8,7% - 26,0%]	**0,001**
	ÁJK (n=44)	56,8% [41,8% - 70,7%]	43,2% [29,3% - 58,2%]	
Férfi	ÁOK (n=30)	80,0% [61,3% - 91,0%]	20,0% [90,2% - 38,7%]	**0,031**
	ÁJK (n=23)	52,2% [31,9% - 71,8%]	47,8% [20,6% - 46,2%]	

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat: A negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók testsúly osztályozása a BMI alapján

		Testsúly osztályozás a BMI alapján		
		sovány vagy normál	túlsúlyos vagy elhízott	**p-érték**
Nő	ÁOK (n=71)	91,5% [82,3% - 96,2%]	8,5% [3,8% - 17,8%]	0,187
	ÁJK (n=43)	97,7% [84,9% - 99,7%]	2,3% [0,3% - 15,1%]	
Férfi	ÁOK (n=30)	73,3% [54,4% - 86,4%]	26,7% [13,6% - 45,6%]	0,618
	ÁJK (n=24)	79,2% [57,9% - 91,3%]	20,8% [8,7% - 42,1%]	

Forrás: saját szerkesztés

Fizikai aktivitás tekintetében három aktivitási tevékenységnél találtunk statisztikailag szignifikáns eltérést a férfiak esetében. A férfi jogászhallgatók kétszer annyi időt töltenek sportolással (p<0,001), valamint több napon végeznek izomerősítő gyakorlatokat (p=0,047), mint a férfi orvostanhallgatók. Ez azt jelenti, hogy a férfi jogászhallgatók közel 8 órát töltenek heti szinten sportolással, míg izomerősítést 3,5 napon végeznek. A férfi orvostanhallgatók 4 órát sportolnak heti szinten, míg izomerősítést közel 2,5 napon végeznek. [5. táblázat, 6. táblázat] A fenti órában kifejezett sportolási tevékenységeket a férfi orvostanhallgatók átlagosan megközelítőleg 3 napon végzik, míg a férfi jogászhallgatók megközelítőleg 4 napon.

A férfi orvostanhallgatók gyakrabban kerékpároznak (p=0,003), ők ugyanis átlagosan 3,4 napon végzik ezt a tevékenységet 10 percnél tovább egy héten, míg a jogászhallgatók másfél napon. [7. táblázat] Ezeken a napokon 10-29 percet kerékpározik az orvostanhallgatók 52,9%-a, a jogászhallgatók 64,3%-a, míg 30-59 percet előbbi 35,3%-a, utóbbi 28,6%-a. Ennél többet (1-2 órát) a férfi ÁOK-sok 5,9%-a, a férfi ÁJK-sok 7,1%-a kerékpározik. [8. táblázat]

Nők esetében nem találtunk jelentős eltérést a fizikai aktivitási tevékenységek között. Az 5. táblázat szerint mindkét szakon a nők megközelítőleg 4 napon végeznek sportos tevékenységet, míg a 6. táblázat alapján izomerősítést átlagosan 2,5 napon, 10 percnél további kerékpározás a 7. táblázat szerint a hét 2 napján jellemző körükben. Ezeken a napokon 10-29 percet kerékpározik az orvostanhallgatók 77,8%-a, a jogászhallgatók 64,7%-a, míg 30-59 percet előbbi 14,8%-a, utóbbi 23,5%-a. Ennél többet (1-2 órát) mindössze a női ÁOK-sok 7,4%-a, a női ÁJK-sok 11,8%-a kerékpározik. [8. táblázat]

5. táblázat: Sportos tevékenységgel eltöltött idő heti szinten, órában kifejezve a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Egy átlagos héten mennyi időt töltesz összesen sportolással, sportos tevékenységgel?						
		Átlag	Szórás	Medián	IQR	Eloszlás (p)	Statisztika	p-érték
Nő	ÁOK (n=66)	3,71	3,09	3,00	3,00	0,007	Mann-Whitney próba	0,766
	ÁJK (n=40)	3,84	2,79	3,50	3,88	0,665		
Férfi	ÁOK (n=25)	4,07	2,98	3,00	2,00	0,086	Mann-Whitney próba	**<0,001**
	ÁJK (n=21)	7,94	5,35	6,16	5,59	0,026		

Forrás: saját szerkesztés

6. táblázat: Izomerősítő, állóképességet fejlesztő gyakorlatok végzésének gyakorisága a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Egy átlagos héten hány napon végzel kifejezetten izomerősítő, állóképességet fejlesztő gyakorlatokat?						
		Átlag	Szórás	Medián	IQR	Eloszlás (p)	Statisztika	p-érték
Nő	ÁOK (n=71)	2,38	1,48	2,00	2,00	0,062	Független t-próba	0,566
	ÁJK (n=38)	2,58	1,83	2,00	3,00	0,432		
Férfi	ÁOK (n=30)	2,40	1,79	2,50	2,00	0,001	Mann-Whitney próba	**0,047**
	ÁJK (n=22)	3,50	1,74	3,00	3,00	0,230		

Forrás: saját szerkesztés

7. táblázat: Kerékpározás gyakorisága a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Egy átlagos héten hány napon fordul elő, hogy legalább 10 percet kerékpározol (esetleg rollerezel), vagy görkorcsolyázol azért, hogy egyik helyről a másikra eljuss?						
		Átlag	Szórás	Medián	IQR	Eloszlás (p)	Statisztika	p-érték
Nő	ÁOK (n=41)	2,02	2,19	1,00	4,00	0,292	Mann-Whitney próba	0,670
	ÁJK (n=30)	1,90	2,35	1,00	2,00	0,007		
Férfi	ÁOK (n=20)	3,40	1,98	3,50	3,00	0,798	Független t-próba	**0,003**
	ÁJK (n=21)	1,57	1,75	1,00	2,00	0,053		

Forrás: saját szerkesztés

8. táblázat: Kerékpározással eltöltött időhossz a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Egy átlagos napon mennyi időt kerékpározol (esetleg rollerezel vagy görkorcsolyázol) azért, hogy egyik helyről a másikra eljuss?		
		10-29 percet	30 percet vagy többet	p-érték
Nő	ÁOK (n=27)	77,8% [57,7% - 90,0%]	22,2% [10,0% - 42,4%]	0,343
	ÁJK (n=17)	64,7% [39,4% - 83,8%]	35,3% [16,2% - 60,6%]	
Férfi	ÁOK (n=17)	52,9% [29,1% - 75,6%]	47,1% [24,5% - 70,9%]	0,524
	ÁJK (n=14)	64,3% [36,1% - 85,1%]	35,7% [14,9% - 63,9%]	

Forrás: saját szerkesztés

Mindkét szak mindkét neme esetében átlagosan 6 napon gyalogolnak 10 percnél tovább, azért, hogy egyik helyről a másikra eljussanak. Ezeken a napokon 10-29 percet gyalogol az ÁOK-s nők 80,9%-a, míg az ÁJK-s nők 90,5%-a, 30 percnél többet előbbi 19,1%-a, utóbbi 9,5%-a. Férfiak esetében 10-29 percet gyalogol az ÁOK-sok 73,3%-a, míg az ÁJK-sok 87%-a, 30 percnél többet előbbi 26,7%-a utóbbi 13%-a. [9. táblázat]

Az egészséges táplálkozásnak egy aspektusát kérdeztük meg a hallgatóktól: a zöldség- és gyümölcsfogyasztást. A felmérés eredményei szerinti a nők körében az orvostanhallgatók 56,4%-a, míg a jogászhallgatók 70,5%-a a hét több napján, míg előbbi 33,8%-a, utóbbi 18,2%-a naponta többször is fogyaszt gyümölcsöt vagy frissen facsart gyümölcslevet. Zöldségfogyasztás tekintetében a nők körében az orvostanhallgatók 66,2%-a, míg a jogászhallgatók 75%-a a hét több napján, míg előbbi 31%-a, utóbbi 20,5%-a naponta többször is fogyaszt friss vagy fagyaszott zöldséget, salátát vagy frissen facsart zöldséglevet. [10. táblázat]

A férfiak esetében az orvostanhallgatók 60%-a, a jogászhallgatók 66,7%-a csak heti rendszerességgel, míg előbbi 13,3%-a, utóbbi 20,8%-a naponta többször is fogyaszt gyümölcsöt vagy frissen facsart gyümölcslevet. Zöldséget, salátát, frissen facsart zöldséglevet az orvostanhallgatók 70%-a, a jogászhallgatók 62,5%-a csak heti rendszerességgel, míg előbbi 20%-a, utóbbi 20,8%-a naponta többször is fogyaszt. [10. táblázat]

Az önbevallott dohányzási szokásokat vizsgálva elmondható, hogy mindkét nem esetében a jogászhallgatók esetében magasabb a dohányzók aránya. A női ($p<0,001$) és férfi ($p=0,042$) hallgatók esetében is statisztikailag szignifikáns eltérést találtunk. A női ÁJK-sok (38,1%) messze nagyobb arányban dohányoznak, mint a női ÁOK-sok (4,2%). Ugyanúgy, a férfi ÁJK-sok (41,7%) nagyobb arányban dohányoznak, mint a férfi ÁOK-sok (16,7%). Az orvostanhallgatók közül a nők 78,9%, a férfiak 70%-a sohasem dohányzott. A jogászhallgatók bevallása alapján a nők 52,4%-a, a férfiak 58,3%-a nem dohányzott sohasem. [11. táblázat]
A jelenleg dohányzó ÁOK-sok 62%-a, az ÁJK-sok 69%-a napi rendszerességgel dohányzik. [12. táblázat] Az elmúlt 12 hónapban a női orvostanhallgatók 66,7%-a míg a jogászhallgatók 31,3%-a megpróbált már leszokni a dohányzásról. Ez az arány férfiak esetében az orvostanhallgatók esetében 40%, míg a jogászhallgatóknál 60%.

A kérdőívünkben az alkoholfogyasztás gyakoriságára és az egyes alkalmak során elfogyasztott mennyiségekre kérdeztünk rá. Az önbevallott értékek alapján elmondhatjuk, hogy mindkét nem esetében nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt a jogászhallgatók körében. [13. táblázat] A férfiak esetében statisztikailag szignifikáns eltérést is találtunk az alkoholfogyasztási gyakoriságokban, vagyis a férfi jogászhallgatók nagyobb arányban fogyasztanak heti szinten alkoholt ($p=0,005$).

A férfiak esetében a jogászhallgatóknak több mint 50%-a heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt (4,3% minden nap, 13% heti 3-4 napon, 56,5% heti 1-2 napon), valamint itt a legmagasabb a nagyivók aránya is. Nagyivónak nevezzük a férfiak esetében azokat, akik több mint 14 alkoholegységet fogyasztanak heti szinten.

Nők esetében az eltérő fiziológiai sajátságok miatt kisebb határértéket kell figyelembe venni, így náluk heti 7 alkoholegységnél több alkoholt fogyasztó személy esetében beszélhetünk nagyivóról. 1 alkoholegységnek számít 1 korsó sör, 2 dl bor vagy 0,5 cl rövidital; mértékletes alkoholfogyasztók azok, akik legalább heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt, de nem minősültek nagyivónak.[7] Ennek fényében a férfi jogászhallgatók 39%-a, míg a férfi orvostanhallgatók 13%-a sorolható a nagyivók közé a bevallott értékek alapján. Mértékletes alkoholfogyasztó a férfi orvostanhallgatók 20%-a, a férfi jogászhallgatók 35%-a. Nők esetében az önbevallott értékek alapján az orvostanhallgatók 11%-a, a jogászhallgatók 8%-a nagyivó, míg mértékletes alkoholfogyasztó előbbi 9%-a utóbbi 26%-a.

9. táblázat: Gyaloglással eltöltött időhossz a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Egy átlagos napon mennyi időt gyalogolsz azért, hogy egyik helyről a másikra eljuss?		
		10-29 percet	30 percet vagy többet	**p-érték**
Nő	**ÁOK (n=68)**	80,9% [69,6% - 88,7%]	19,1% [11,3% - 3,0%]	0,176
	ÁJK (n=42)	90,5% [76,9% - 96,4%]	9,5% [3,6% - 23,1%]	
Férfi	**ÁOK (n=30)**	73,3% [54,4% - 86,4%]	26,7% [13,6% - 45,6%]	0,225
	ÁJK (n=23)	87,0% [65,5% - 96,0%]	13,0% [11,7% - 34,2%]	

Forrás: saját szerkesztés

10. táblázat: Gyümölcs- és zöldségfogyasztás gyakorisága a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Milyen gyakran fogyasztasz (friss/fagyasztott) gyümölcsöket vagy frissen facsart gyümölcslevet?		
		legalább heti 6 alkalom	ritkább, mint heti 6 alkalom	**p-érték**
Nő	**ÁOK (n=71)**	59,2% [47,3% -70,1%]	40,8% [29,9% - 52,8%]	0,469
	ÁJK (n=44)	52,3% [37,5% - 66,6%]	47,7% [33,4% - 62,5%]	
Férfi	**ÁOK (n=30)**	33,3% [18,6% - 52,3%]	66,7% [47,7% - 81,4%]	0,215
	ÁJK (n=24)	50,0% [30,4% - 69,6%]	50,0% [30,4% - 69,6%]	
		Milyen gyakran fogyasztasz (friss/fagyasztott) zöldségeket, salátát vagy frissen facsart zöldséglevet (burgonyát nem számítva)?		
Nő	**ÁOK (n=71)**	66,2% [54,3% - 76,3%]	33,8% [23,6% - 54,7%]	0,211
	ÁJK (n=44)	54,5% [39,7% - 68,7%]	45,5% [31,3% - 60,4%]	
Férfi	**ÁOK (n=30)**	56,7% [38,3% - 73,4%]	43,3% [26,6% - 61,7%]	0,854
	ÁJK (n=24)	54,2% [34,0% - 73,0%]	45,8% [27,0% - 66,0%]	

Forrás: saját szerkesztés

11. táblázat: Dohányzási szokások a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Kérlek, mondd meg melyik állítás illik rád a legjobban a dohányzással kapcsolatban!		
		jelenleg dohányzom	jelenleg nem dohányzom	**p-érték**
Nő	**ÁOK (n=71)**	4,2% [1,4% - 12,5%]	95,8% [87,5% - 98,7%]	**p<0,001**
	ÁJK (n=42)	38,1% [24,6% - 53,7%]	61,9% [46,3% - 75,4%]	
Férfi	**ÁOK (n=30)**	16,7% [6,9% - 35,0%]	83,3% [65,0% - 93,1%]	**0,042**
	ÁJK (n=24)	41,7% [23,6% - 62,3%]	58,3% [37,8% - 76,4%]	

Forrás: saját szerkesztés

12. táblázat: Dohányzási gyakoriság a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Milyen gyakran szívsz el cigarettát?		
		naponta	hetente vagy ritkábban	**p-érték**
Nő	**ÁOK (n=3)**	33,3% [3,4% - 87,6%]	66,7% [12,5% - 96,6%]	0,154
	ÁJK (n=16)	75,0% [46,3% - 91,3%]	25,0% [8,8% - 53,7%]	
Férfi	**ÁOK (n=5)**	80,0% [25,1% - 98,0%]	20,0% [2,1% - 75,0%]	0,439
	ÁJK (n=10)	60,0% [26,4% - 86,3%]	40,0% [13,7% - 73,6%]	

Forrás: saját szerkesztés

13. táblázat: Alkoholfogyasztási szokások a negyedéves ÁOK és ÁJK hallgatók körében

		Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott alkoholtartalmú italt?		
		legalább hetente 1 napon	ritkábban, mint hetente	**p-érték**
Nő	**ÁOK (n=65)**	20,0% [11,9% - 31,7%]	80,0% [68,3% - 88,1%]	0,162
	ÁJK (n=39)	33,3% [20,3% - 49,6%]	66,7% [50,4% - 79,8%]	
Férfi	**ÁOK (n=30)**	33,3% [18,6% - 52,3%]	66,7% [47,7% - 81,4%]	**0,005**
	ÁJK (n=23)	73,9% [52,0% - 88,1%]	26,1% [11,9% - 48,0%]	

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A debreceni negyedéves orvostanhallgatók adatait összehasonlítva a debreceni negyedéves jogászhallgatók adataival megállapítható, hogy az egyén szerepének megítélése az egészség hozzájárulásában, az elhízás, a gyaloglás mértékében, a gyümölcs- és zöldségfogyasztás tekintetében nem találtunk jelentős eltérést a két csoport között.

Vizsgálatunk során azonban bizonyos egészségmagatartási szokásoknál statisztikailag szignifikáns különbséget találtunk az általunk vizsgált két csoport között. Említésre méltó, hogy a férfiak esetében a sportolással kapcsolatos tevékenységeknél jelentős eltérés található, bár ez az eltérés nem következetes. A több kerékpározás az ÁOK-sok körében elvileg magyarázható azzal, hogy az ÁOK-s hallgatóknak több telephelyre kell menni az oktatásokon való részvétel érdekében, szemben az ÁJK-sokkal, akiknek főként egy telephelyen történik az oktatás. Célszerű lenne továbbá megvizsgálni, hogy az ÁOK-s hallgatók a kerékpározáson kívül miért sportolnak kevesebbet, mint az ÁJK-s hallgatók. Ennek a kérdésnek a megválaszolása azért lenne fontos, mivel az orvostanhallgatók tanulmányaik alatt végzett fizikai aktivitása befolyásolhatja, hogy a későbbi munkájuk során milyen mértékben ajánlják a sportokat a betegeiknek.[22]

Az egészségi állapotfelméréssel (vérnyomás, vércukorszint- és koleszterinvérzsír-szint mérés) kapcsolatos eltérések minden bizonnyal a képzési helyszínnel is magyarázhatók, ugyanis az ÁOK-sok a képzésük szempontjából sokkal közelebb állnak az egészségügyi rendszerhez. Ugyan a fiatal korosztály számára nem kritikus az egészségügyi szűrés, viszont, ha ennek igénye kialakul, akkor valószínűleg ez a későbbiekben is megmarad és rendszeresen ellenőriztetni fogják az egészségi állapotukat. Így még időben vagy kezdeti állapotban kiszűrhetővé válhatnak azon civilizációs betegségek, mint a magas vérnyomás betegség, a 2-es típusú cukorbetegség és az érelmeszesedés.[23,24,25]

Alkoholfogyasztás tekintetében az ÁJK hallgatók esetében nagyobb arányban vannak a heti rendszerességgel ivók, viszont csak a férfiak esetében van szignifikáns eltérés. A nagyivás legmagasabb arányban a férfi jogászhallgatók körében jellemző, itt

ugyanis 35% ez az arány, míg a többi csoportban ez jóval alacsonyabb arányú. Ezek hátterét jelenlegi vizsgálatunkkal nem lehet megmagyarázni, viszont mivel kutatások igazolták, hogy a fiatalkorúak alkoholfogyasztási szokásai az élet későbbi szakaszában is mérvadók lehetnek, így ennek okát célszerű lenne tovább vizsgálni.[26]

Jelentős eltérést találtunk mindkettő nem esetén a dohányzási szokások között, ugyanis a jogászhallgatók messze nagyobb arányban dohányoznak, mint az orvostanhallgatók. A dohányzási szokások tekintetében azonban egy korábbi debreceni orvostanhallgatók egészségmagatartását vizsgáló kutatás is arra a megállapításra jutott, hogy a debreceni orvostanhallgatók közül kevesebben dohányoznak, mint az átlagnépesség azonos korosztályú csoportjai.[19]

Vizsgálatunk vonatkozásában a 48%-os válaszadási arány miatt az ÁOK-sok esetében levonható következtetéseket kellő óvatossággal kell kezelni. Továbbá nem kizárt, hogy a nem szignifikáns különbségek az alacsony mintaszámmal magyarázhatók.

A négy orvosi egyetemen készült korábbi dohányzási szokásokat felmérő vizsgálatok eredményeit összevetve elmondható, hogy az orvostanhallgatók körében a dohányzók aránya 4,5% és 36% közé esik, a napi rendszerességgel dohányzók aránya 5,3% és 19,5% között mozog a korábbi megfigyelések alapján.[11]

Vizsgálatunk esetében a ritkább dohányzás az ÁOK hallgatók esetében elvileg visszavezethető a specializációjukra, azonban ennek megállapításhoz további vizsgálatokra lenne szükség.

Célszerű lenne olyan program kialakítása és kivitelezése a nem orvos- és egészségtudományi képzések hallgatói körében, amely keretében a dohányzás egészségveszélyeztető hatásaira, a dohányzásról való leszokási lehetőségekre, valamint a leszokás kedvező hatásaira hívnák fel a hallgatóság figyelmét.[27] Továbbá fontos lenne a mértéktelen alkoholfogyasztás következtében kialakuló akár súlyos fizikai és pszichés állapotkárosodásokat, a közösségi életben bekövetkező negatív változásokat hangsúlyozni a program keretében, illetve, hogy hova fordulhatnak segítségért és milyen módszereket alkalmaznak ezen problémával küzdő fiatalok leszoktatása érdekében.[28]

Jelen kutatási eredmények alapján javasolt a kutatást kiterjeszteni a négy orvosképző egyetem hallgatóira, illetve hasonló módon kiterjeszteni az orvos- és egészségtudományi képzésen kívüli egyetemi hallgatókra.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnénk mondani Dr. Mátyus Lászlónak, az Általános Orvostudományi Kar dékánjának és Dr. Szikora Veronikának, az Állam- és jogtudományi Kar dékánjának, hogy támogatták a felmérésünket. Továbbá köszönjük mindazon negyedéves orvostanhallgatók és jogászhallgatók segítségét, akik részvételükkel segítették a kutatásunkat.

A kutatást a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.

HIVATKOZÁSOK

[1] Marc L. A new perspective on the Health of Canadians. 1981. http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf (Elérve: 2018.02.01)
[2] Aszmann A, Békefi D. Iskola-egészségügy. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2005.
[3] Richard P, Alan DL, Jillian B, et al. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Indirect Estimates from National Vital Statistics. Am J Epidemiol, 1994;143,529-530.
[4] Ádány R. Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012.

[5] Pucsok J. A rendszeres fizikai aktivitás hatása a szervezetre. Komplementer Medicina. 2000;4(5):6-9.
[6] Hidvégi P, Kopkáné Plachy J, Müller A. Az egészséges életmód. Eszterházy Károly Főiskola Sporttudományi Intézet, Eger, 2015.
[7] Központi Statisztikai Hivatal (KSH), Európai lakossági egészségfelmérés, 2014, Statisztikai Tükör, 2015/29.
[8] Központi Statisztikai Hivatal (KSH), Társadalmi Helyzetkép, 2010.
[9] Balajti I. Egyetemi hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása (doktori értekezés), Debrecen, 2010.
[10] Győrfi Zs, Molnár R, Somorjai N. Gyógyítók helyzete és egészsége - a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 2012;13(2):107-126. doi: 10.1556/Mental.13.2012.2.1.
[11] Terebessy A. Orvostanhallgatók önértékelt egészségi állapota és egészségmagatartása (doktori értekezés), Budapest, 2015.
[12] Frank E, Elon L, Spencer E. Personal and clinical tobacco-related practices and attitudes of U.S. medical students. Prev Med. 2009;49:233-239. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.06.020.
[13] Maulen B. Orvos az orvosnál. Ajánlások orvoshoz forduló és kollégát kezelő orvosoknak. Orvostovábbképző Szemle. 2018;15(5):39-43.
[14] Maróti-Nagy Á, Paulik E, Thurzó L. (2010) Az egészségügyi személyzet életmódtanácsadó tevékenységének szerepe daganatos betegségekkel kezelt nők táplálkozási szokásainak megváltoztatásában. Magyar Onkológia. 2010;54:41-45. doi: 10.1556/MOnkol.54.2010.1.6.
[15] Frank E, Segura C, Shen H, et al. Predictors of Canadian Physicians' Prevention Counseling Practices. Can J Public Health. 2010;101(5):390-395.
[16] Rinfel J, Oberling J, Tóth I, et al. Az I. és az V. évfolyamos orvostanhallgatók dohányzási szokásai és leszoktatással kapcsolatos attitűdjei. Orv Hetil. 2011;152(12):469-474. doi: 10.1556/OH.2011.29039.
[17] Pikó B. Preklinikai orvostanhallgatók dohányzásának és dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. Orv Hetil. 2008;149(52):2471-2478. doi: 10.1556/OH.2008.28516.
[18] Papp Sz, Túry F. A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. Lege Artis Med. 2010;20(6-7):423–429.
[19] Bíró É, Balajti I, Ádány R, et al. Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. Orv Hetil. 2008;149(46):2165-2171. doi: 10.1556/OH.2008.28427.
[20] Dahlin M, Nilsson C, Stotzer E, et al. Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study. BMC Med Educ. 2011;11(1):92. doi: 10.1186/1472-6920-11-92.
[21] World Health Organization: BMI classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Elérve: 2018.02.23)
[22] Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. Br J Sports Med. 2009;43(2):89-92. doi: 10.1136/bjsm.2008.055426.
[23] Siu AL. Screening for high blood pressure in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2015;163(10):778-786. doi: 10.7326/M15-2223.
[24] Selph S, Dana T, Blazina I, et al. Screening for type 2 diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2015;162(11):765-776. doi: 10.7326/M14-2221.
[25] Haigh K, Bingley J, Golledge J, et al. Peripheral arterial disease - screening in general practice. Aust Fam Physician. 2013;42(6):391-395.
[26] McCarty CA, Ebel BE, Garrison MM, et al. Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. Pediatrics. 2004;114(3):714-719. doi: 10.1542/peds.2003-0864-L.
[27] Butler KM, Fallin A, Ridner SL. Evidence-based smoking cessation for college students. Nurs Clin North Am. 2012;47(1):21-30. doi: 10.1016/j.cnur.2011.10.007.
[28] Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2013;159(3):210-218. doi: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652.

A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei

The economic burden of physical inactivity at national level

Szerzők: Gabnai Zoltán[a] ✉, Müller Anetta[b], Bács Zoltán[c], Bácsné Bába Éva[b]
a: Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Gazdálkodástudományi Intézet, b: Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet, c: Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Számviteli és Pénzügyi Intézet

Beküldve: 2018. 05. 11.
doi: 10.24365/ef.v60i1.308

Összefoglaló: A fizikailag inaktív életmóddal összefüggő megbetegedések megjelenésének és növekvő prevalenciájának egyik oka, hogy az ember napjainkra valamennyi technikai vívmányát az irányba fejlesztette, hogy élete könnyebb és kényelmesebb legyen, ami társadalmi szintű fizikai inaktivitást eredményezett. A fizikai inaktivitás számos betegség kialakulásáért felel, azaz a fizikailag inaktív életmóddal megnő bizonyos betegségek kialakulásának kockázata, mint például a szív- és érrendszeri megbetegedések, a stroke, a 2-es típusú cukorbetegség, a csontritkulás, az elhízás, a magas vérnyomás vagy a stressz eredetű megbetegedések. A WHO becslései szerint a fizikai inaktivitás évente 3,3 millió halálesetért tehető felelőssé, vagyis a világon a negyedik vezető kockázati tényező. Ezen betegségek gyógyítása meghatározó arányát teszi ki az egészségügyi kiadásoknak. A fizikai inaktivitás emellett hozzájárul a produktivitás csökkenéséhez is. E két tényező nemzetgazdasági szinten óriási terhet ró a különböző országokra, így hazánkra is. Cikkünkben bemutatjuk a különböző országokban végzett, fizikai inaktivitással kapcsolatos kutatásokban számszerűsített betegségterhek adatait, elsősorban a szív- és érrendszeri betegségekre fókuszálva. Kitérünk azon kutatásokra is, melyek arra hívják fel a figyelmet, hogy az ülő életmódot (hosszú időn keresztül tartó tartós ülés, illetve pihenés) a fizikai aktivitás sem tudja teljes mértékben kompenzálni, így a hosszú ideig elhúzódó ülés jelentős kockázati tényezője a különböző kardiovaszkuláris betegségeknek. Kiemelten fontosnak tartjuk, hogy olyan interdiszciplináris együttműködéseket valósítsunk meg, amely során több terület szakembereinek (közgazdaság-, orvos- és sporttudományok) közös munkájának eredményeként az egészséggazdasági költségek modellezhetővé válnak különböző változók mentén.
Kulcsszavak: fizikai inaktivitás; ülő életmód; egészségügyi kiadások; betegségek költségei

Summary: The reason for the appearance and increasing prevalence of inactivity-related diseases is that people have developed all of the technical achievements in order to make life easier and more comfortable, which resulted in physical inactivity at a social level. Physical inactivity can be a risk factor of many diseases, such as cardiovascular diseases, stroke, type 2 diabetes, osteoporosis, obesity, hypertension or stress-related diseases. According to WHO estimates, physical inactivity accounts for 3.3 million deaths, making it the fourth leading cause of death in the world. The treatment of these diseases represents a significant proportion of health expenditures, which imposes a huge burden on the countries, including Hungary. In our article, we introduce the data regarding the costs of physical inactivity-related diseases in different countries,

particularly focusing on cardiovascular diseases. We also point out that physical activity can not completely compensate the sedentary lifestyle (long-lasting sitting or rest) either, so long-lasting sitting can be a significant risk factor of various cardiovascular diseases.
During our research activity, we consider the implementation of interdisciplinary collaborations extremely important, which can lead to modelling healthcare costs along various variables as a result of the collaboration of specialists from several areas (economics, medicine and sports sciences).
Keywords: physical inactivity; sedentary lifestyle; healthcare expenditures; cost of illness

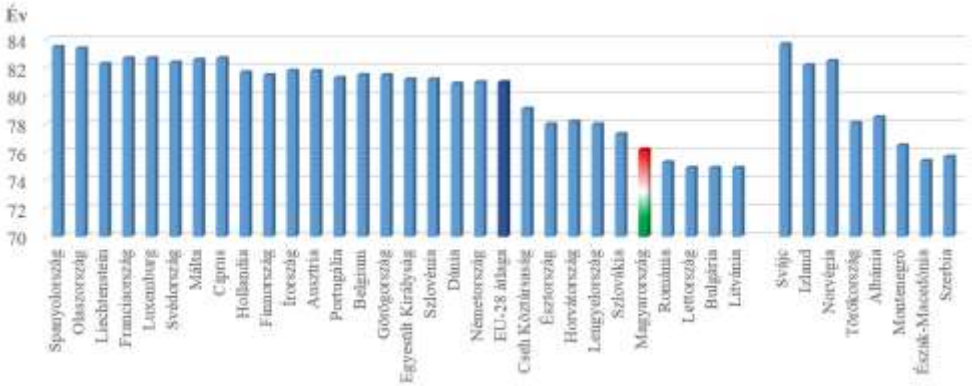
BEVEZETÉS, TÉMAFELVETÉS

A harmadik évezred elején a technológiai fejlődés és az életszínvonal emelkedése révén számos olyan modernkori vívmány áll az emberiség rendelkezésére, amely mindennapjainkat könnyebbé, kényelmesebbé teszi a közlekedés, a munkavégzés és a szórakozás, pihenés területén. Ennek egyik egyenes következménye a mozgásszegény életmód, vagyis a fizikai inaktivitás népességszintű elterjedése. A fizikailag inaktív életmód fogalmát többek között az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) is definiálja. Általánosságban véve elmondhatjuk, hogy az egyén fizikailag inaktív életmódot folytat, ha nem végez rendszeres testmozgást, nem sportol, vagy a munkavégzése és szabadidő-eltöltése nem jár együtt rendszeres fizikai aktivitással.

Az Eurobarometer 2018-as kiadványa (mely 2017-es adatokat közöl és elemez) szerint a magyar lakosság esetében a rendszeresen sportolók aránya 9%, amely a 2013-as adatokhoz képest 6%-os csökkenést mutat. A valamilyen rendszerességgel sportolók aránya 24%, ami viszont 1%-os növekedés a 2013-as adatokhoz képest. A magyar lakosság körében az európai uniós átlaghoz (46%) viszonyítva igen magas a nem sportolók aránya (53%), mely a korábbi felmérésben publikált aránynál 9%-kal magasabb.[1]

Igen széles irodalmi háttere van azon orvosi kutatásoknak, melyek igazolják a rendszeres fizikai aktivitás védőhatását a betegségek kialakulásával szemben; vagy a másik oldalról megközelítve, a fizikai inaktivitást, mint kockázati tényezőt jelölik meg a betegségek kialakulásának (vagy akár a halálozások) egyik fő okaként.[2,3,4,5,6,7,8] Többek között a lakosság életmódja, így a fizikai inaktivitás mértéke, a kapcsolódó megbetegedések szorosan összefüggnek a várható átlagos élettartam alakulásával is, amely Magyarország esetében jelentősen – közel 5 életévvel – az Európai Unió (EU) átlaga alatt van. [1. ábra]

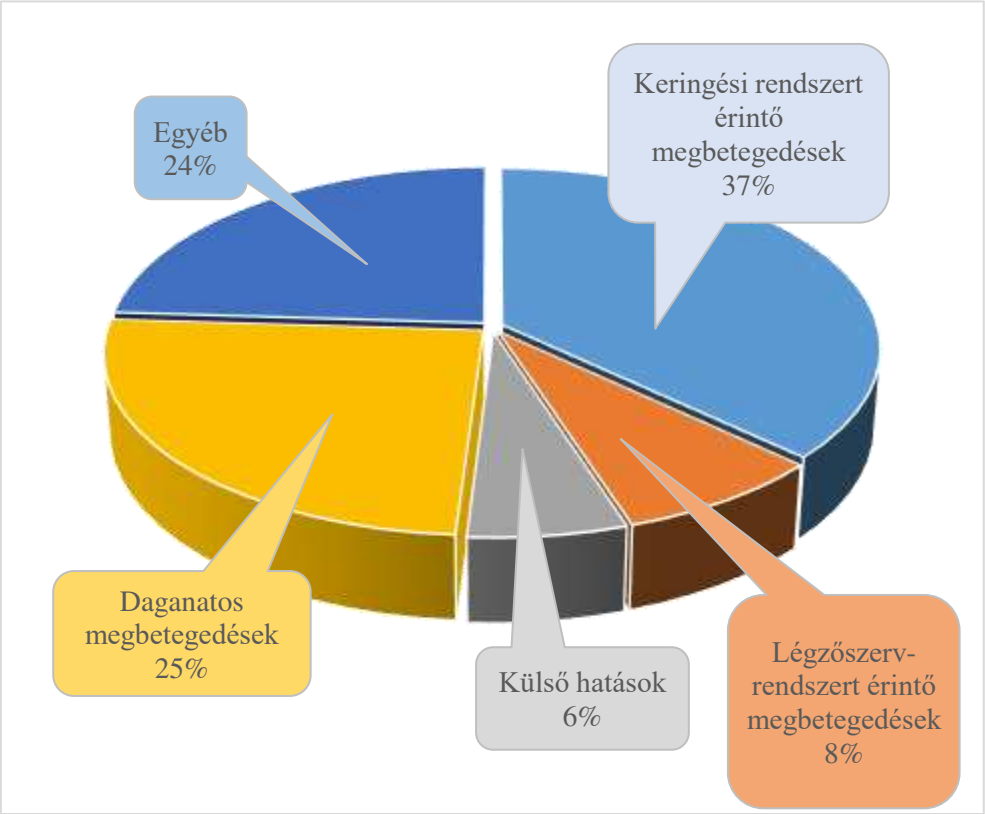
1. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam Európában (2016)



Forrás: Saját szerkesztés az Eurostat (2018) adatai alapján[9]

A fizikai inaktivitás számos betegség kialakulásáért felel, azaz a fizikailag inaktív életmóddal megnő bizonyos betegségek kialakulásának kockázata. Ezek között említhetők meg például a szív- és érrendszeri megbetegedések, a stroke, a 2-es típusú cukorbetegség, a csontritkulás, az elhízás, a magas vérnyomás, vagy éppen a stressz eredetű betegségek.[10] A WHO becslései alapján a fizikai inaktivitás 3,3 millió halálesetért felel évente, amely alapján a világon a negyedik vezető kockázati tényező.[11] Az Európai Unió Statisztikai Hivatalának (Statistical Office of the European Countries, Eurostat) adatai alapján a vezető halálozási okok az EU-ban a kardiovaszkuláris, valamint a daganatos megbetegedések.[12] [2. ábra]

2. ábra: A főbb halálozási okok az Európai Unió országaiban (2015)



Forrás: Saját szerkesztés az EU és az OECD által kiadott Health at a Glance (2018) kiadvány adatai alapján[12]

Elmondható, hogy az előzőekben felsorolt – a fizikai aktivitás szintjével is összefüggésbe hozható – megbetegedések megelőzésének, illetve gyógyításának gazdasági szempontból is igen komoly jelentősége van, ugyanis a hozzájuk kapcsolódó egészségügyi kiadások meghatározó arányt képviselnek az összes egészségügyi kiadáson belül. Ding és mtsai szerint dollármilliárdokban mérhető a fizikai inaktivitás miatt a társadalmakra rótt gazdasági teher. A fizikai inaktivitás és az ülő életmód, a magas kalóriabevitel eredményeként az elhízás és a túlsúly korunk egyik népbetegsége lett.[13]

A fejlett országokban az utóbbi évtizedekben jelentősen felértékelődött az egyén szerepe, felelőssége az egészségmegőrzés és az egészséges életmód kialakítása terén. Ezzel párhuzamosan a hagyományos gyógyszerek mellett megjelentek a különféle gyógyhatású termékek, nő a preventív célt szolgáló, ún. nem vényköteles készítmények választéka[14,15], és a funkcionális élelmiszerek választékával egyben a kereslet is növekedett.[16] Ezek mellett a különböző vitaminokat, nyomelemeket és ásványi anyagokat tartalmazó, illetve probiotikus készítmények száma és kereslete is növekedett az utóbbi időben.

A statisztikák szerint az egyének egyre többször fordulnak az öngyógyításhoz, azaz vény nélkül beszerezhető gyógyszerekkel kívánják orvosolni kisebb-nagyobb egészségügyi problémáikat.[17,18] Az egészségügyet érintő trendek között hazánkban is megfigyelhető, hogy megjelent az alternatív és komplementer medicina iránti igény, melyet egyre több fogyasztó vesz igénybe és részesít előnyben a klasszikus, nyugati orvoslással szemben. Az alternatív gyógymódok iránti megnövekedett érdeklődést igazolja a hazai és nemzetközi kutatások növekvő száma.[19,20,21,22,23] Az egészségtudatosság jegyében minden olyan preventív célt szolgáló termék vagy szolgáltatás fogyasztása növekszik, melyet az egészségtudatos vásárlók a betegségek megelőzésére alkalmaznak, legyen az sportszolgáltatás vagy élelmiszeripari termék, gyógyhatású készítmény.

A fizikai inaktivitás és annak következményei nemzetgazdasági szinten óriási terhet rónak az egyes országokra, így hazánkra is. Ács és mtsai cikkében látható, hogy a fizikai inaktivitással is összefüggésbe hozható megbetegedések (szív- és érrendszeri betegségek, vastagbélrák, 2-es típusú diabétesz, csontritkulás) tekintetében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kiadásainak teljes értéke 2009-ben meghaladta a 200 Mrd Ft-ot.[24]

Elmondható, hogy a fizikai inaktivitással összefüggő gazdasági terhek becslése és számszerűsítése napjainkban egyre inkább előtérbe kerülő témakör. Az ennek céljából megvalósult kutatások, tanulmányok azonban módszertanilag gyakran eltérnek egymástól, amely sok esetben megkérdőjelezhető eredményekre és következtetésekre vezet.[25]

A hazai és a nemzetközi irodalom áttekintése során azokra a tanulmányokra fókuszáltunk, amelyek a fizikai inaktivitással kapcsolatos egészségügyi terheket, valamint azok számítási módszereit mutatják be. Cikkünkben elemezzük a fizikai inaktivitással összefüggő költségek számszerűsítésére is alkalmazható populációs járulékos kockázati mutatót (Population Attributable Risk, azaz PAR, amely a megbetegedések azon aránya, amely valószínűsíthetően az adott rizikófaktor miatt következik be), továbbá említést teszünk alkalmazásának korlátairól is.

Mivel a szívkoszorúér-betegségek esetében a fizikai aktivitás kimutathatóan és igazolhatóan csökkenti azok előfordulását, így az egyik legköltséghatékonyabb és talán a legfontosabb megelőzési mód a lakosság fizikai aktivitásának növelése, amely az egészségügyi kiadások csökkentéséhez vezet.

MÓDSZEREK

Tanulmányunk összeállításakor a fizikai inaktivitással járó betegségek nemzetgazdasági terheinek bemutatására, valamint azok mérésére fókuszáló releváns külföldi és hazai kutatásokra támaszkodtunk. Munkánk során a kutatások kiválasztása oly módon történt, hogy megjelenjenek a fizikai aktivitás, a kardiovaszkuláris (szívkoszorúér) betegségek, a betegségekkel kapcsolatos költségek és a fizikai inaktivitás gazdasági terheire utaló címszavak, illetve tartalmak. Cikkünkben elsősorban a hazánkat is igen érzékenyen érintő, magas prevalenciával járó szívkoszorúér-betegségek költségvonzatával kapcsolatos publikációk bemutatására fókuszáltunk, röviden kitérve a témakörhöz kapcsolódó egyéb területekre. A Web of Science, Scopus és Google Scholar adatbázisokban az egészség, fizikai aktivitás, magyarok tápláltsági állapota, cost of illness kifejezésekre kerestünk rá 1990-től 2018-ig, majd ezekből válogattunk. Az így kapott találatok közül azokat preferáltuk, melyek szövege elektronikus formában rendelkezésünkre állt. Emellett olyan forrásokat is felhasználtunk, melyeket korábbi kutatómunkánk során tekintettünk át és jelen cikk szempontjából relevánsnak ítéltünk. Az eredeti tanulmányok mellett az áttekintő közleményeket is felhasználtuk.

EREDMÉNYEK

A megbetegedésekkel kapcsolatos költségek alakulására és vizsgálatára számos módszertani lehetőség kínálkozik. Ezek közül legismertebbek a COI- (Cost of Illness, betegségek költségei), a WTP- (Willingness to Pay, fizetési hajlandóság), a DALY- (Disability Adjusted Life Years, egészségkárosodással korrigált életévek), valamint a QALY- (Quality Adjusted Life Years, életminőséggel korrigált

életévek) módszerek. A COI és a WTP a pénzben kifejezhető költségeket, míg a DALY és a QALY a nem, vagy csak nehezen számszerűsíthető terhek, az egészségi állapotban bekövetkező változások kifejezésére alkalmazhatóak. A betegségterhekkel foglalkozó módszertanok egyik fontos csoportját képezik a COI-vizsgálatok, amelyeket a betegségekkel kapcsolatos költségek számszerűsítése céljából az Amerikai Egyesült Államokban már az 1970-es évektől kezdve alkalmaznak az egészségügyi döntés-előkészítésének megalapozására. Bloom és mtsai szerint a tanulmányok legfontosabb funkciója a hatékony döntés-előkészítésben keresendő, legfőbb céljai ugyanakkor a következők: (1) a pillanatnyi helyzet meghatározása; (2) a technológiai innovációnak vagy erőforrás-felhasználás fejlődéséből következő időbeli változások mérése; (3) új kutatási hipotézisek megalkotása.[26] Clabaugh és mtsai a COI-vizsgálatok fontosságát abban látják, hogy a betegségekhez kapcsolódó költségek számszerűsítése, meghatározása által kiváló lehetőség adódik mind a lakossággal, mind a döntéshozókkal való kommunikációra.[27] A módszer fejlődésével ezen elemzések igen fontossá váltak a különböző betegségek költséghatékony kezelésével és megelőzésével kapcsolatos kutatási-fejlesztési tevékenységek, valamint egészségpolitikai kezdeményezések megalapozásaként.

A releváns szakirodalomban számos kutatási eredményt ismerhetünk meg a különböző országokra vonatkozóan, melyek célja a lakosság fizikai aktivitásának növelésével történő egészségügyi költségmegtakarítás és gazdasági produktivitás számszerűsítése, illetve prognosztizálása.

Janssen a szabadidősport, a rendszeres testedzés gazdasági hatásrendszerét vizsgálva, a kanadai felnőttekre vonatkozóan a fizikai inaktivitás direkt, indirekt és összes költségét kalkulálva a következő értékeket jelölte meg: (1) direkt: 2,4 Mrd USD, (2) indirekt: 4,3 Mrd USD és (3) összes: 6,7 Mrd USD, amely mai értékre átszámítva összesen 2,2 billió Ft-ot jelent.[28] Allender és mtsai 1,06 Mrd GBP-re becslik az Egyesült Királyságban a fizikai inaktivitás nemzeti költségét, ami mintegy 624 Mrd Ft-nak felelne meg a cikk megjelenésekor.[29]
Általánosságban elmondható, hogy a magasabb mértékű fizikai aktivitás – a gazdaságot makroökonómiai szempontból vizsgálva – emeli a bruttó hazai terméket, a termelékenységet, csökkenti a munkanélküliséget. A vállalkozások számára pedig összességében kevesebb munkahelyi hiányzást, betegséget, táppénzt és munkahelyi balesetet eredményez. Vagyis azon személyek, akik fizikailag aktívak, több testmozgást végeznek, jobb kondicionális és koordinációs képességgel bírnak, így a motoros képességek magasabb szintje miatt stabilabb munka- és feladat-végrehajtás is jellemzi őket.

Fizikai aktivitás hatása a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában

Különböző vizsgálatokban a fizikai aktivitás védőhatásáról számoltak be, mely csökkentette a szív- és érrendszeri betegségekből eredő halálozások számát a vizsgált populációban.[30,31,32,33,34]

Franco és mtsai a különböző intenzitású fizikai aktivitás szerepét vizsgálták a kardiovaszkuláris betegségek prevenciójában az 50 év feletti populációban.[35] A fizikai aktivitás 3 szintjét (alacsony, közepes és intenzív) különböztették meg, valamint a dohányzás mértékét és a társbetegségek előfordulását is vizsgálták. Megállapították, hogy a közepes és a magas intenzitású fizikai aktivitást végző férfiak 1,3-3,7, illetve 1,1-3,2 évvel élnek tovább szívkoszorúér-betegségek nélkül, mint azon társaik, akiknek a fizikai aktivitási szintje alacsony. A nők esetében a fizikailag aktívabbak egészséges életéveinek száma 1,5-3,5 évvel több, és 1,3-3,3 évvel élnek tovább szívkoszorúér-betegségek nélkül, mint akik fizikai aktivitása alacsonyabb mértékű. A fizikailag aktív felnőttek esetében a szívkoszorúér-megbetegedés mortalitásnak körülbelül feleakkora a kockázata a fizikailag inaktívakhoz képest. Már a mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás is bizonyítottan egészségügyi előnyökkel jár. A fizikai aktivitás a megbetegedések és a halálozás kockázatának csökkentésére szolgál az isémiás szívbetegségek tekintetében, ha a fizikailag inaktív személyekhez hasonlítjuk az adatokat, vagyis az egészségügyi előnyt.[36]

Chomistek és mtsainak tanulmánya bebizonyította, hogy az elhúzódó ülőidő a szabadidős fizikai aktivitástól függetlenül a szív- és érrendszeri betegségek kockázatával jár együtt.[37] Ugyanakkor egy másik,

utánkövetéses vizsgálat megállapította, hogy azoknál az ülő életmódot folytató nőknél, akik fizikailag aktívak voltak a felmérés kezdetén, valamint 6 évvel később is, azoknál 32%-kal alacsonyabb volt a szívkoszorúér-betegségek előfordulása és 38%-kal alacsonyabb volt a szívkoszorúér-betegségek miatti mortalitás, szemben azokkal a nőkkel, akik a felmérés mindkét időpontjában ülő életmódot folytattak.[38]

A populációs járulékos kockázat mutató alkalmazási lehetőségei

A nemzetközi szakirodalomban gyakran találkozhatunk a PAR-mutató alkalmazásával, mely segítséget nyújthat az egészségköltségek (és különösen a fizikai inaktivitás költségeinek) becslésére is.

A PAR-mutató hasonló esetekben alkalmazható képlete – Powell alapján[39] – a következő:

$$PAR = \frac{P_{exp} \times (RR - 1)}{1 + P_{exp} \times (RR - 1)} \times 100$$

ahol:

P_{exp}: a lakosság azon része, amely ki van téve egy adott kockázati tényezőnek („exposed")

RR (Relative Risk, vagyis relatív kockázat): kifejezi, hogy hányszor nagyobb a kockázati tényezőnek kitett populáció megbetegedési kockázata (jelen esetben a fizikailag inaktív életmódnak köszönhetően).

A PAR-mutató tehát egy adott koncepción alapuló mutatószám, amely egészségügyi eredmények számszerűsítésére alkalmazható egy olyan képzeletbeli világban, ahol az emberek csupán a fizikai aktivitásukat változtatják meg, és semmi mást. A mutató korlátja, hogy nem tér ki a személy más viselkedési kockázatára vagy más életmódelemre. Emellett nem veszi figyelembe és nem vizsgálja a fizikai állapotot, illetve annak változását – például a vérnyomást vagy a vér koleszterinszintjét (azaz feltételezi, hogy ezek az adatok konstansak).[40] A legtöbb krónikus betegség ugyanakkor társbetegségekkel jár együtt, melyeknek több kiváltó oka lehet. Amennyiben a vizsgált személynél egyszerre több kockázati tényező is fennáll (pl. dohányzás, fizikai inaktivitás, magas vérnyomás, magas szérumkoleszterin a szívkoszorúér-betegséggel összefüggésben), akkor ezekre egyenként külön PAR-becslések számíthatók ki, azonban ezek a becslések nem adhatók össze. Ahogy V. Hajdú és Ádány megfogalmazzák: „az elméletileg nagy jelentőségű és igen egyszerűen számítható járulékos kockázati mutatók alkalmazása a gyakorlatban, konkrét esetekben nagy óvatosságot igényel. Számításuk során ugyanis elfogadjuk azt a feltételezést, hogy a tanulmányozott megbetegedés előfordulását – a vizsgált kockázati tényezőn kívül – befolyásoló egyéb tényezők azonos mértékben vannak jelen az exponált és a nem exponált csoportban egyaránt. Ez a gyakorlatban csak ritkán, kivételes esetekben teljesül, ezért a járulékos kockázati mutatók értékét súlyos torzítások, zavaró hatások terhelhetik".[41]

Hazai mintára vonatkozóan alkalmazták a PAR-mutatót Ács és mtsai, a következő eredménnyel: „Amennyiben 77%-ról 67%-ra csökkenne a fizikai inaktivitás a magyar népesség körében, az 4,3-6,3 Mrd Ft-ig terjedő intervallumon belüli megtakarítási összeget eredményezne az OEP kiadásai között".[24] A relatív kockázati ráta megállapításához felhasználták a Katzmarzyk és mtsai által készített metaanalízisben meghatározott összesített relatív kockázati arányt.[42] Érdekes kérdés, hogy hazánkban ez az RR-érték relevánsnak tekinthető-e, mivel nem tartalmaz hazai kutatási eredményt az RR vonatkozásában, továbbá alkalmazható-e a magyar populációra nézve.

A fizikai aktivitás-inaktivitás megállapítása az Ács és mtsai által publikált cikkben az Eurobarometer 2009-es felmérésén alapult, ahol a szerzők a lakosság fizikailag inaktív részének azokat tekintették, akik egyáltalán nem vagy csak néha sportolnak, azaz a fizikai aktivitásuk mértékében nem figyelhető meg rendszeresség.

Berlin és Colditz 9 tanulmány metaanalíziséből adaptálták az RR 1,9-es (1,6-2,2 konfidencia-intervallummal) értékét. A 90-es évek utáni számos egészséggazdasági vonatkozású publikáció pedig arról számol be, hogy a kardiovaszkuláris betegségek esetében a fizikai inaktivitás RR értéke 2-10 között van.[27,43]

Összefoglalva, a PAR-mutató hasznos eszköz lehet a fizikai inaktivitás népegészségügyi terheinek a megértésére és annak a számszerűsítésére, mely figyelembe veszi a fizikai aktivitások különböző terhelési szintjét. Ugyanakkor a becslések helyességének alátámasztása érdekében mindenképpen szükségesnek tartjuk a módszertan továbbfejlesztését a korábban megfogalmazott hiányosságok és esetlegesen adódó pontatlanságok elkerülésének érdekében.

A mutató korlátaira rávilágító kutatások tapasztalataiból

A PAR-mutató alkalmazásának további korlátja, hogy vizsgált populáción belül csak a fizikailag aktív személyekkel számol, ugyanakkor egyes kutatások[44,45,46] felhívják a figyelmet arra is, hogy a fizikai aktivitás intenzitása sem elhanyagolható az egészségügyi előnyök megállapításakor, valamint az a tény sem hagyható figyelmen kívül, hogy a fizikailag aktív személyek vajon életük végéig azok maradnak-e[47] – a mutató ugyanis ezt feltételezi.

Több kutatás rávilágít tehát arra, hogy a fizikai aktivitás vagy sportolás mérésekor nem hagyható figyelmen kívül a testmozgás intenzitása. Paffenbarger és mtsai tanulmányukban bizonyítékot szolgáltattak az edzéssel és egészséggel összefüggő lényeges fogalmakkal kapcsolatban.[44] Először is megállapítottak egy olyan gyakorlati küszöbértéket a testmozgás vagy edzés intenzitását illetően, aminek teljesülése esetén az egészségügyi előnyök megvalósulnak. Ennek számszerűsítéséhez ad segítséget a metabolikus egység (Metabolic Equivalent, azaz MET) alkalmazása. A gyakorlati küszöbérték mértéke kb. 5-6 MET, amellyel a testmozgás mennyiségi paraméterén túl (heti 1-szer, 2-szer, vagy heti 150 perc stb.) a testmozgás intenzitására is javaslatot tesz, mely 1000-2000 kcal/hét elégetésével ekvivalens. Ez az az érték, ami a szívkoszorúér-betegségek miatti halálozást jelentős mértékben csökkenti. Fontos megállapítása a tanulmánynak, hogy az egészséghez szükséges fizikai aktivitásnak legalább közepes intenzitásúnak kell lennie, valamint megfigyelték a túlzott terheléssel járó kockázatot is.

Végül a sportolással és testmozgással (lépcsőzés, gyaloglás) kapcsolatos egészségügyi előnyök akkor érvényesültek, ha a fizikai aktivitás egész életen át tartott. Azaz a sportolás jótékony hatása akkor járult hozzá az egészséghez, ha az tartós fogyasztási cikként épült be az egyén életébe. Így a PAR-számítások újabb kritikájaként lehet megemlíteni azt, hogy az adatfelvétel időpontjában fizikailag aktív, vagy inaktív személyekről feltételezzük, hogy ez az állapot változatlan marad. Az alumni vizsgálatból kiderült, hogy azon egyének körében, akik egyetemi éveik alatt sportoltak, majd azt abbahagyták és fizikailag inaktívakká váltak, magasabb volt a szívkoszorúér-betegségek előfordulása, és az ebből eredő halálozási arány, mint azok körében, akik az egyetemi éveiket követően is sportoltak és fizikailag aktív életmódot folytattak. Ráadásul azok körében is kedvezőbb volt a halálozási arány, akik ugyan nem sportoltak egyetemi éveik alatt, viszont később a sport, a rendszeres fizikai aktivitás életmódelemükké vált.[47]

Arem és mtsai nagymintás vizsgálata alapján a fizikailag inaktívakhoz képest 20%-kal csökken a mortalitás kockázata azoknál is, akik a hetente minimálisan ajánlott 7,5 MET-nél kevesebbet sportolnak, 31%-kal kisebb az érték minimum 1-2-szeresét végzők körében, és 37%-kal alacsonyabb a kockázat a minimális érték 2-3-szorosának megfelelő sporttevékenységet végzők esetében. A felmérés alapján az ajánlott minimum érték 3-5-szörösénél van a kockázatcsökkentő hatás felső határa. A tanulmány a daganatos és kardiovaszkuláris betegségek halálozási rátája esetén is hasonló eredményeket igazol, egyben megerősíti a 2008-as „Physical Activity Guidelines for Americans”[i], vagyis az Amerikai Egyesült Államok lakosságának szóló fizikai aktivitás mértékéről szóló ajánlásában megfogalmazott heti mozgásmennyiség (minimum 75 perc erős vagy 150 perc közepes intenzitású fizikai aktivitás) egészségügyi előnyeit.[45]

Guthold és mtsai tanulmányukban 358 felmérés eredményeit foglalták össze a világ 168 országára

[i] A cikkben említett, az Amerikai Egyesült Államok lakosságának készült, fizikai aktivitás mértékéről szóló ajánlásnak (Physical Activity Guidelines for Americans) időközben megjelent a második kiadása:
U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2018. https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf

vonatkozóan. A kutatás alapján az elégtelen szintű fizikai aktivitás világszinten 27,5%-os mértékű (a nemek között 8%-os eltéréssel, a férfiak javára). Az elégtelen fizikai aktivitást felnőttek esetében a következőképpen definiálták: azon személyek, akik a heti 150 perc közepes intenzitású, vagy a 75 perc magas intenzitású fizikai aktivitásnál vagy a kettő kombinációjából számított egyenértéknél kevesebbet teljesítettek. A fizikai inaktivitás leginkább Latin-Amerikában és a Karib-térségben (44%), Dél-Ázsiában (43%) és a magas jövedelemszintű nyugati országokban (42%), míg a legkevésbé Óceániában (12,3%), Kelet- és Délkelet-Ázsiában (17,6%), valamint a szubszaharai régióban (17,9%) volt megfigyelhető. Az elégtelen fizikai aktivitás szintje a tehetősebb országokban kétszerese volt az alacsony jövedelmi szinttel jellemezhető országokénak.[46]

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

A fizikai inaktivitás szerepét már felismerték, mint a betegségek kialakulását fokozó kockázatot, de a lakosság fizikai aktivitásának növelésére tett erőfeszítéseket egyelőre az összehangoltság hiánya és az alulfinanszírozás jellemzi. Azért, hogy az elérni kívánt célok, és a ténylegesen megvalósított beavatkozások eredményei minél jobban közelítsenek egymáshoz, nélkülözhetetlen a körültekintő és megalapozott szocio-ökonómiai elemzések megvalósítása és tanulmányok kidolgozása.

A jövőben megvalósuló vizsgálatok esetében kiemelten fontos, hogy azok interdiszciplinárisak legyenek, vagyis több terület szakemberei (a közgazdászoktól a „testmozgás” szakértőkig) dolgozzanak együtt a különböző társadalmi-gazdasági elemzéseken, felhasználva a korábban megvalósult kutatások tapasztalatait és módszertanát. Az elemzések során fontos kiemelt figyelmet fordítani az egyes zavaró és limitáló tényezőkre, fordított oksági és komorbiditási faktorokra is.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az aktív életmód ösztönzésének valamennyi korosztály számára[48,49,50,51] mind a prevencióban, mind a megbetegedések kezelésében igen jelentős szerepe lesz a jövőben, amely a társadalom testi-lelki állapotának javítása,[52,53,54] így a jóllét elérésének elősegítése[55,56,57] mellett komoly gazdasági megtakarítást is eredményez[58] mind a nemzetgazdaság, mind a háztartás szintjén. Kutatások igazolták, hogy a kardiovaszkuláris betegségek esetében a testmozgás alternatív terápiának felel meg, illetve azok prevenciójában is jelentős szerepet játszik. Az elhízás visszaszorításában a hazai szakirodalom is a komplex beavatkozás szükségességét emeli ki, miszerint az egészségmagatartást leginkább a tudásbővítés, a motiválás és a támogató környezet kialakításán keresztül lehet pozitív irányba mozdítani.[59]

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A publikáció elkészítését a “GINOP-2.3.2-15-2016-00062 Életminőség fejlesztése Kelet-Magyarországon: Táplálkozás-, teljesítménybiológiai és biotechnológiai experimentális kutatások és eszközfejlesztések a humán megbetegedések megelőzésére és kezelésére” projekt támogatta.

HIVATKOZÁSOK

[1] European Commission: Sport and physical activity. Special Eurobarometer 472. Report. 2017. doi: 10.2766/483047
[2] Diabetes Prevention Program Research Group: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002; 346:393-403 doi: 10.1056/NEJMoa012512
[3] Pereira MA, Folsom AR, McGovern PG, et al. Physical activity and incident hypertension in black and white adults: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. Prev Med. 1999;28(3):304-12. doi: 10.1006/pmed.1998.0431
[4] Katzmarzyk PT, Janssen I, Ardern CI. Physical inactivity, excess adiposity and premature mortality. Obes. Rev. 2003;4:257-290. doi: 10.1046/j.1467-789X.2003.00120.x

[5] Lee IM, Paffenbarger RS. Physical activity and stroke incidence. Stroke. 1998;29:2049-54. doi: 10.1161/01.STR.29.10.2049
[6] Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. Stroke. 2003;34:2475-2481. doi: 10.1161/01.STR.0000091843.02517.9D
[7] Ekelund U, Griffin SJ, Waareham NJ. Physical activity and metabolic risk in individuals with family history of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2007;30:337-342. doi: 10.2337/dc06-1883
[8] Apor P. Fizikai edzés a cukorbetegség megelőzésében és kezelésében. Orv. Hetil. 2009;150(13):579-587. doi: 10.1556/OH.2009.28550
[9] Statistical Office of the European Countries. Life expectancy at birth, 1980-2016. Statistics Explained. 2018. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_at_birth_increased_in_2016 (Elérve: 2018. 11. 30.)
[10] Apor P. Testedzéssel a megbetegedések ellen. Magyar Tudomány. 2012;173:1470-1477. http://www.matud.iif.hu/2012/12/09.htm (Elérve: 2018. 02. 12.)
[11] Pratt M, Norris J, Lobelo F, et al. The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. Br J Sports Med. 2014;48:171-173. doi: 10.1136/bjsports-2012-091810
[12] OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/health_glance_eur-2018-en
[13] Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. Lancet. 2016;388:1311-1324. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X
[14] Lányi B. A pult fölött … avagy OTC. In: Bányai E, Lányi B, Törőcsik M. (szerk.): Tükröződés, társtudományok, trendek, fogyasztás. Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Pécs. 2017. pp 678–687.
[15] Szabó Cs. Gyógyszeripari trendek – fókuszban a tételes finanszírozású gyógyszerek. Medical Tribune Konferencia. 2013. március 12. Budapest. http://www.medicalonline.hu/download.php?id=13511 (Elérve: 2018. 01. 22.)
[16] Szakály Z, Kiss M, Jasák H. Funkcionális élelmiszeres, fogyasztói attitűdök és személyre szabott táplálkozás. Táplálkozásmarketing. 2014;1(1-2):3-17. doi: 10.20494/TM/1/1-2/1
[17] Törőcsik M. Fogyasztói magatartási trendek hatása az egészségügyi szolgáltatókra. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2003. január-március, pp 28.
[18] Müller A, Kerényi E. Trendek és fogyasztói magatartás az egészségügyben. Egészségügyi marketing és telekommunikáció c. konferencia kiadványkötete. Mátrai Gyógyintézet. Magyarország, Kékestető. 2009. pp 11-19.
[19] Csörgő T, Bíró M, Kopkáné Plachy J, et al. Masszázsterápia hatásának vizsgálata 60 év feletti nők körében. Acta Academiae Agriensis. 2013;40:5-17. http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/752/1/5-16_Csorgo.pdf (Elérve: 2017. 11. 16.)
[20] Harris PE, Cooper KL, Relton C, et al. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. PRACTICE (ESHER). 2012;66:924-939. doi: 10.1111/j.1742-1241.2012.02945.x
[21] Müller A, Kerényi E, Könyves E. Effect of climate therapy and rehabilitation in Mátra Medical Institute. APSTRACT. 2011;5:40-42. http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/104664/2/5_Muller_Effect%20of%20climate_Apstract.pdf (Elérve: 2017. 11. 17.)
[22] Lengyel A. A Figyelem és Tudatosság Mindfulness Skála (FTMS) pilot tesztelése: egyes módszertani problémák megoldási alternatíváinak vizsgálata. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 2017;18:334-64. https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.015
[23] Lengyel A. Tourism, meditation, sustainability. APSTRACT. 2016;10:81-92. http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/244458/2/11_APSTRACT_2016_01_WEB_JAV.pdf (Elérve: 2017. 11. 17.)
[24] Ács P, Hécz R, Paár D, et al. A fittség (m)értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon. Közgazdasági Szemle. 2011;58:689-708. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/440/1/Kszemle_CIKK_1259.pdf (Elérve: 2017. 09. 10.)
[25] Ding D, Kolbe-Alexander T, Nguyen B, et al. The economic burden of physical inactivity: a systematic review and critical appraisal. Br J Sports Med. 2017;51:1392-1409. doi: 10.1136/bjsports-2016-097385
[26] Bloom BS, Bruno DJ, Maman DY, et al. Usefulness of US cost-of-illness studies in healthcare decision making. Pharmacoeconomics. 2001;19:207-213. doi: 10.2165/00019053-200119020-00007
[27] Clabaugh G, Ward MM. Cost-of-illness studies in the United States: a systematic review of methodologies used for direct cost. Value in Health. 2008;11:13-21. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00210.x
[28] Janssen I. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults. Appl Physiol Nutr Metab. 2012;37;4;803-806. doi: 10.1139/h2012-061

[29] Allender S, Foster C, Scarborough , et al. The burden of physical activity-related ill health in the UK. J Epidemiol Commun Health., 2007;61:344–8. doi: 10.1136/jech.2006.050807
[30] Helmrich SP, Ragland DR, Leung RW, et al. Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1991;325:147-52. doi: 10.1056/NEJM199107183250302
[31] Newschaffer CJ, Brownson CA, Dusenbury LJ. Cardiovascular disease. In: Brownson, CA, Remington PL, Davis JR. (szerk.) Chronic Disease Epidemiology and Control, 2nd Ed., American Public Health Association, Washington, DC,. 1998, pp 297–334.
[32] Powell KE, Thompson PD, Caspersen CJ, et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. Annu Rev Public Health. 1987;8:253–87. doi: 10.1146/annurev.pu.08.050187.001345
[33] U.S. Department Of Health And Human Services: Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 1996.
[34] Kokkinos P. Physical Activity, Health Benefits, and Mortality Risk. ISRN Cardiology. 2012;2012:14. doi: 10.5402/2012/718789
[35] Franco OH, de Laet C, Peeters A, et al. Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. Arch Intern Med. 2005;165(20):2355-2360. doi: 10.1001/archinte.165.20.2355
[36] Manson JE, Hu FB, Rich-Edwards JW, et al. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. N Engl J Med. 1999;341:650-8. doi: 10.1056/NEJM199908263410904
[37] Chomistek AK, Manson JE, Stefanick ML, et al. Relationship of sedentary behavior and physical activity to incident cardiovascular disease: results from the Women's Health Initiative. J Am Coll Cardiol. 2013;61:2346-54. doi: 10.1016/j.jacc.2013.03.031
[38] Gregg EW, Cauley JA, Stone K, et al. Study of Osteoporotic Fractures Research Group: Relationship of changes in physical activity and mortality among older women. JAMA. 2003;289:2379-2386. doi: 10.1001/jama.289.18.2379
[39] Powell KE. Population Attributable Risk of Physical Inactivity. In: Leon, A. S. (szerk.): Physical activity and cardiovascular health. Human Kinetics. 1997, pp 41.
[40] Macera CA, Powell KE. Population attributable risk: implications of physical activity dose. Med Sci Sports Exerc. 2001;33:S635-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427788 (Elérve: 2017. 10. 10.)
[41] V. Hajdú P, Ádány R. Kockázati mutatók számítása. In: Ádány R. (szerk.) Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest 2012, pp 42-48.
[42] Katzmarzyk PT, Gledhill N, Shephard RJ. The economic burden of physical inactivity in Canada. CMAJ. 2000;163:1435-40. http://www.cmaj.ca/content/163/11/1435.long (Elérve: 2018. 01. 18.)
[43] Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. Am J Epidemiol. 1990;132:612-28. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2144946 (Elérve: 2017. 12. 04.)
[44] Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. N Engl J Med. 1993;328:538-45. doi: 10.1056/NEJM199302253280804
[45] Arem H, Moore SC, Patel A, et al. Leisure Time Physical Activity and Mortality. A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship. JAMA Intern Med. 2015;175(6):959–967. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0533
[46] Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. The Lancet Global Health. 2018 Sep 4. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7
[47] Paffenbarger RS, Wing AL, Hyde RT. Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. Am J Epidemiol. 1978;108: (3)161-175. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/707484 (Elérve: 2017. 11. 04.)
[48] Balatoni I, Kith N, Csernoch L. Időskori sportolási szokások vizsgálata Észak-kelet Magyarországon. Magyar Sporttudományi Szemle. 2016;17:4-8. http://epa.oszk.hu/03400/03475/00065/pdf/EPA03475_MSSZ_2016_04_04-08.pdf (Elérve: 2017. 11. 16.)
[49] Herpainé Lakó J. The Issues of The Relationship of Grandparents and Grandchildren in the Light of Physical Activity. European Journal of Mental Health. 2014;9:178-94. https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=95547 (Elérve: 2017. 11. 05.)
[50] Czabai V, Bíró M, Hajdu Pál. Az Eszterházy Károly Főiskola hallgatóinak életmódja, sportolási szokásai. Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport. 2007;34:29-38. http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/693/1/29-38_Czabai.pdf (Elérve: 2017. 11. 05.)
[51] Borbély A, Müller A. A testi-lelki harmónia összefüggései és módszertana. In: Koncz I. (szerk.): Valóság-Térkép-6. PEM tanulmányok. Professzorok az Európai Magyarországért Egyesület, Budapest. 2008, pp 211.
[52] Ráthonyi-Odor K, Ráthonyi G, Borbély A. Sportolni jó – felelősen a sport népszerűsítéséért. Agrártudományi Közlemények/Acta Agraria Debreceniensis. 2016;67:71-76.

[53] Pfau C. Examination of leisure sports alternatives provided by higher education institution. APSTRACT. 2015;9: 33-9. doi: 10.19041/APSTRACT/2015/3/5
[54] Bendíková E, Dobay B. Physical and sport education as a tool for development of a positive attitude toward health and physical activity in adulthood. EJCE. 2017;6:14-21. https://eric.ed.gov/?id=EJ1137901 (Elérve: 2018. 02. 18.)
[55] Dobay B, Bendíková E. Športové a rekreačné aktivity v životnom štýle dospelých. Exercitatio Corporis–Motus–Salus. 2014;6:19-31. https://www.ff.umb.sk/app/cmsSiteAttachment.php?ID=3419 (Elérve: 2018. 01. 21.)
[56] Dinyáné SM, Pusztai G. Use of the short (5-item) version of the WHO well-being questionnaire in first year students of Semmelweis University: Az Egészségügyi Világszervezet öttételes jól-lét kérdőívének vizsgálata a Semmelweis Egyetem elsőéves hallgatóinak körében. Orv. Hetil. 2016;157:1762-1768. doi: 10.1556/650.2016.30572
[57] Kovács K. Intézményi tényezők a debreceni egyetemisták sportolásában egy kvalitatív kutatás tükrében. In: Mrázik J. (szerk.): A tanulás új útjai. Budapest, HERA könyvek, 2016, pp 665-675.
[58] Simon IÁ, Kajtár G. Az óvodás korú gyermekek rendszeres úszásának gazdasági értéke. Magyar Sporttudományi Szemle. 2014;15:57-58. http://epa.oszk.hu/03400/03475/00055/pdf/EPA03475_MSSZ_2014_02.pdf (Elérve: 2018. 01. 08.)
[59] Vitrai J, Bakacs M. Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására. Egészségfejlesztés. 2017;58(4):40-49. doi: 10.24365/ef.v58i4.211

A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés

Physical activity as health investment

Szerzők: Pfau Christa ✉, Pető Károly, Bácsné Bába Éva
Debreceni Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Vidékfejlesztés, Turizmus- és Sportmenedzsment Intézet

Beküldve: 2018. 08. 30.
doi: 10.24365/ef.v60i1.354

Összefoglaló: A fizikai aktivitás pozitív hatással van az emberi szervezetre, melyet számos hazai és nemzetközi kutatás igazolt. Cikkünkben bemutatjuk a különböző életkori csoportokban végzett legfontosabb kutatásokat, melyek a rendszeres testmozgás pozitív hatásait igazolják. Ismertetjük a várható egészséges életévek alakulását, továbbá bemutatjuk a fizikai aktivitás és sport WHO szerinti értelmezését, valamint azon javaslatokat és ajánlásokat, melyek a rendszeres fizikai aktivitásra vonatkoznak, és célcsoport-specifikusan határozzák meg az egészségelőnyök eléréséhez szükséges fizikai aktivitási szintet és a terhelés intenzitását.
Kulcsszavak: fizikai aktivitás; egészségi állapot; pozitív hatások

Summary: According to national and international research studies, physical activity has positive effects on the human body. In our article, we present the results of previous research studies regarding the positive effects of physical activity on different age groups, then we describe and analyze the trends of expected healthy life years at birth. We introduce the definition and WHO interpretations of sport and physical activity as well as specific proposals and recommendations related to regular physical activity, which determine the activity-level and intensity (target-specifically) required to achieve the desired health benefits. Besides these we give a summary about the research studies which aim to quantify the economic effects of increase and promotion of physical activity.
Keywords: physical activity; health; positive effects

BEVEZETÉS

A rendszeres testmozgás és fizikai aktivitás egészségre gyakorolt jótékony hatását nagyon sok hazai és nemzetközi kutatás helyezte vizsgálatának fókuszába. A rendszeres testmozgás valamennyi korosztály számára igen fontos eleme az egészséges életmódnak. Ismertek olyan kutatások, melyek a rendszeres fizikai aktivitásnak, testmozgásnak a stressz kezelésében betöltött szerepét hangsúlyozzák. A fizikai aktivitás minden korosztályt megvéd a mentális stressz káros hatásaival szemben, és segít a lelki egészség megőrzésében, helyreállításában is, továbbá különösen hatékony egészségvédő, -fejlesztő hatású minden életkorban.[1,2,3]

Számos vizsgálat foglalkozik a rendszeres testmozgás kardiovaszkuláris rendszerre gyakorolt jótékony hatásával.[4,5,6,7,8] Széles azon kutatások tárháza is, melyek a testmozgás szerepét bizonyítják a testsúlycsökkentésben.[9,10,11,12]

A három generációt érintő elemzések során is megállapítást nyert, hogy a fizikai aktivitás pozitívan korrelál az egyes egészségindikátorokkal, valamint a rendszeres testedzés védőhatása figyelhető meg a rizikómagatartások során is.[13,14,15]

MÓDSZEREK

Hazai és nemzetközi primer kutatásokon alapuló cikkek, valamint az Eurobarometer (2014-es és 2018-as kiadványa, mely 28 tagállamban közel 28 ezer, különböző társadalmi és lakossági csoportból származó reprezentatív közvélemény-kutatás eredményeit tartalmazza)[16,17] adatait, az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) ajánlásait, valamint az Európai Unió Statisztikai Hivatalának (Statistical Office of the European Countries, Eurostat) adatbázisát elemeztük a fizikai aktivitás vonatkozásában. A vizsgálatokat úgy válogattuk, hogy az Európai Unió (EU) tagországainak egyes egészségmutatóit össze tudjuk hasonlítani hazánk adataival. A fizikai aktivitás definíciójával, jellemzőivel, valamint helyszíneivel foglalkozó tanulmány alapján ismertetjük és elemezzük a célcsoport-specifikus (korcsoport) ajánlásokat. A Google Scholar, Scopus és Web of Science adatbázisokban kerestünk rá a különböző korosztályok fizikai aktivitásával és egészségmutatóival kapcsolatos szavakra (sportolási szokások, fizikai aktivitás pozitív hatása, egészségmagatartás). A közlemények közül hazai és nemzetközi tanulmányokat válogattunk ebben a témában 1990-től 2018-ig.

EREDMÉNYEK

A fizikai aktivitás szervezetre gyakorolt pozitív hatásaival foglalkozó kutatások áttekintése

A szakirodalmi áttekintés külön foglalja össze a gyerekek, fiatalkorúak, felnőttek és az idősebb korosztály körében az elmúlt években végzett kutatásokat. A vizsgálatok kiválasztásánál arra törekedtünk, hogy a fizikai aktivitással, vagy annak hiányával kapcsolatos elemzések különböző korúak szervezetére kifejtett pozitív és negatív hatásait ismertetni tudjuk az EU országaiban.

Gyerekeket, fiatalokat érintő vizsgálatok

Az óvodáskorban végzett testmozgás szerepéről és jelentőségéről több kutatás is beszámol. Magyarországon végzett vizsgálatok is igazolják azt, hogy az óvodás korosztály körében a rendszeres testmozgás egyértelműen pozitív hatással van a gyerekekre.[18,19] Müller és mtsai egri óvodás korú gyerekek sportolási szokásait vizsgálták. Megállapították, hogy a gyerekek sportolási szokásai és testtömeg-indexük életkor szerinti percentilis értéke között összefüggés van. A sovány kategóriába tartozó gyerekek 85,7%-a, a normál testsúlyúak 80%-a szokott szüleivel sportolni, mely értékek szignifikánsan magasabbak, mint a túlsúlyos társaiké, akiknek csupán 53,3%-a sportol szüleivel.[20]

A norvég óvodák módszertanát elemzi egy további kutatás, mely a természetben lévő óvodákat helyezi a vizsgálat középpontjába.[21] A „nature preeschool" Skandináviában nagyon népszerű, mivel a természeti környezet az, ami fizikai aktivitásra ösztönzi és motiválja ezt a korosztályt. A természetben a különböző tevékenységek és tapasztalatok jelentik a gyerekek motorikus és kognitív fejlesztésének alapkoncepcióját, mely a kinti, szabadtéri tevékenységeken keresztül valósul meg.

Rácz és mtsai óvodáskorú gyermekek mozgását vizsgálták. A kutatás során elemezték, hogy a beszédfejlődésben elmaradt gyerekek a mozgás területén miben térnek el a kontrollcsoporttól.[22] A két csoport teljesítménye között az idegrendszeri érettséget meghatározó mozgásoknál 4 feladat esetében találtak szignifikáns eltérést (kisgyermekkori mozgások, szökdelés, dominancia, alsó-felső végtag koordináció). Megerősítették, hogy a motorikus fejlettség segíti a beszédfejlődést és a kognitív képességek fejlesztését is, így a terápiás kezelésben is megjelenik a mozgásos cselekvés.

Hat kontinens 38 országában készült felmérés 6-14 éves gyerekek fizikai aktivitásáról, amely 9 indikátort emelt ki: fizikai aktivitás mértéke, szervezett sporteseményen való részvétel, aktív játék, aktív közlekedés, ülő életmód, család és barátok, az iskola, a közösség, valamint a kormányzati stratégiák és befektetések. A fizikai aktivitás átlagos értékei a világon „D" szintűek (alacsony/rossz). Ezzel ellentétben a fizikai aktivitással kapcsolatos támogatásokhoz kapcsolódó mutatók átlagos minősége „C" (közepes). Az alacsonyabb jövedelmű országokban a magasabb jövedelmű országokkal összehasonlítva általában magasabb volt az általános fizikai aktivitás, az aktív közlekedés és a szedentáris viselkedések aránya. A mutatók közül az átlagértékeket

tekintve Dániában, Szlovéniában és Hollandiában voltak a legjobbak.[23]
Norris és mtsai serdülők körében végeztek vizsgálatot, akik heti 2 alkalommal 25-30 perces, különböző intenzitású aerobic tréningen vettek részt. A nagy intenzitású aerob tréningen részt vevők szignifikánsan alacsonyabb stressz szintet értek el, mint a többi három csoportban lévők, mely bizonyította, hogy egy serdülő populációban a nagy intenzitású aerob testmozgás pozitív hatással van a jóllétre és a stressz-szint csökkentésére is.[24]

Felnőttekkel kapcsolatos kutatások

Szőts és mtsai kutatásukban megerősítették, hogy a táplálkozás mellett a rendszeres testmozgásnak igen fontos szerepe van az egészséges csontrendszer kialakulásában.[25] A rendszeres fizikai aktivitás előnyeire erős bizonyítékot találtak több betegséggel kapcsolatban, melyet több tanulmány részletesen elemzett[26,27] (különböző típusú daganatos megbetegedések,[28,29,30,31,32,33] depresszió,[34,35,36,37,38] 2-es típusú cukorbetegség,[39,40] szívbetegségek[41,42,43,44]).
Számos tanulmány készült a fizikai inaktivitás és különböző krónikus betegségek előfordulásának összefüggéséről, lehetséges kockázatnövelő hatásáról is, amelyeket az 1. táblázatban foglaltunk össze.
Ezek az adatok egyértelműen azt mutatják, hogy a fizikai inaktivitás számos nem fertőző krónikus betegség kialakulásához járul hozzá. E tekintetben érdemes megemlíteni, hogy a fizikai inaktivitás a globális halálozás negyedik vezető kockázati tényezője (globálisan a halálesetek 6%-a).[45]
A korábbi években közzétett adatok alapján a fizikai inaktivitással a szívkoszorúér-betegségek 6%-a, a vastagbélrák 10%-a és a 2-es típusú cukorbetegség 7%-a van közvetlen kapcsolatban.[46] Ezenkívül a fizikai inaktivitás szintén magas kockázati tényező a túlsúly, az elhízás, az érelmeszesedés, az izomcsontrendszeri rendellenességek, a szorongás és a depresszió szempontjából is.[47,48,49,50,51]

1. táblázat: A fizikai inaktivitás kockázatnövelő hatása egyes nem fertőző krónikus betegségek vonatkozásában

BETEGSÉG	KOCKÁZATNÖVELŐ HATÁS
Vastagbélrák	37-100%
Mellrák	20-50%
Szívbetegségek	43-100%
Stroke	40-100%
Magas vérnyomás	30-50%
2-es típusú cukorbetegség	40-74%
Csontritkulás	57-100%

Forrás: Saját szerkesztés Kruk (2014) alapján[52]

Időseket érintő kutatások

Az egészség és a fizikai aktivitás kapcsolatát több szempontból is vizsgálták. Különböző életkorokra vetítve elemezték a mozgás szabadidős, rekreációs hatásait.[15,53] Kutatások bizonyítják, hogy a fizikai aktivitás fokozza a kedvező élettani adaptációs folyamatokat, melyek pozitív hatásai már mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás révén is elérhetőek.[54]
Egy Finnországban végzett vizsgálat azt elemezte, hogy a rendszeres fizikai aktivitás kompenzálhatja-e a megnövekedett mortalitási kockázatot az alacsony izomerejű időskorúaknál. A mortalitás alakulását 10 éven keresztül követték 75 és 80 év közötti férfiak, illetve nők esetében, továbbá mérték a résztvevők izomcsoportjainak maximális izometrikus erősségét. Azon résztvevők számítottak fizikailag aktívnak, akik hetente legalább 4 órán keresztül végeztek mérsékelt fizikai aktivitást. A vizsgálat során megállapították, hogy a fizikai aktivitás csökkentheti a halálozási kockázatot.[55]
Kijelenthető, hogy a fizikai aktivitással erősödnek az izmok, inak, szalagok, ízületek és a csontok denzitása is emelkedik, ezzel csökkenthető a csontritkulás.[56]
Az időskorban végzett mozgás (pl. nyújtó-lazító gimnasztika, keringésfokozó mozgás) csökkenti a csípőtáji törések, elesések kockázatát, és segít

különböző funkcionális képességekben is (pl. emelés, cipekedés, lépcsőzés), melyek szükségesek az önálló életvitel megőrzéséhez.[57] Egy hazai kutatásban kerékpár ergometriás terheléses vizsgálatot alkalmaztak a fizikailag aktív és inaktív idősek kardiorespiratorikus rendszerének vizsgálatára.[53,58] Eredményeik azt mutatták, hogy az aerob kapacitást tekintve a fizikailag aktív csoport magasabb szinten teljesített az ergometriás vizsgálat során, amit megerősített egy másik vizsgálat (6 perces séta) eredménye is. Az időskorúak rendszeres rekreációs sporttevékenysége a kardiorespiratorikus állóképességre is kedvező hatást gyakorolt. A vizsgálatból az is kiderült, hogy a 60 év fölötti, fizikailag aktív és inaktív lakosság körében a fizikai és mentális mutatókban különbség mutatkozik a fizikailag aktívak javára. Az eredmények az időskori rekreációs edzés fontosságára hívják fel a figyelmet a kardiorespiratorikus rendszer tekintetében.

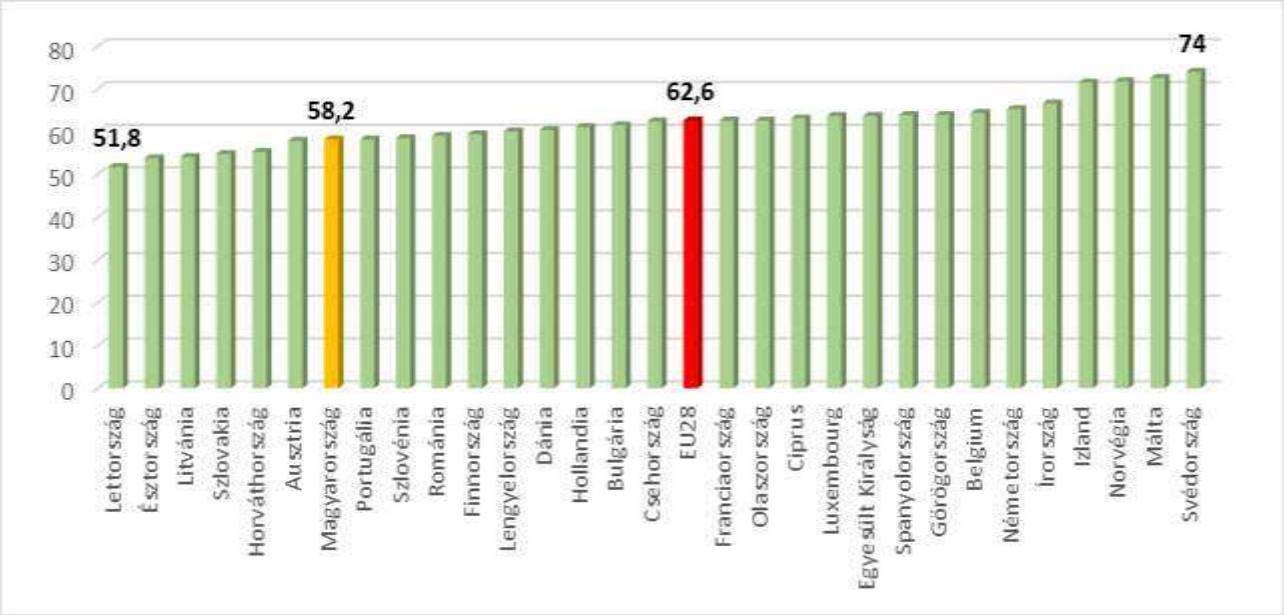
Az egészséges élettartamra vonatkozó adatok elemzése az Eurostat 2015-ös adatai alapján

A fizikai aktivitás fontos szerepet játszik az általános fizikai és szellemi jóllétben. A tapasztalt pozitív eredmények közé tartozik a jobb életminőség, a pihentetőbb alvás és a stressz-szint csökkenése, továbbá az, hogy erősebb társadalmi kapcsolatokat eredményez. Emellett az aktív közlekedési módok, például a gyaloglás és a kerékpározás támogatása kedvezően hat a környezetre, ami egyben az egészségre is pozitív hatással van.[59]

Az egészségesen várható élettartam azt fejezi ki, hogy egy adott életkorban egy átlagos személy hány évet tölthet még el hosszú távú aktivitáskorlátozás nélkül. A morbiditási adatok, azaz az aktivitási korlátozások, az Eurostat által végzett felmérésekből származnak.[60] Az egészségesen várható élettartam fontos gazdasági tényező, mivel a társadalom produktivitását is befolyásolja. Az egészséges életévek növekedése az európai egészségpolitika egyik fő célja, mely nemcsak javítja az egyén életminőségét, hanem alacsonyabb közegészségügyi kiadásokat is eredményez. Ha az egészséges életévek száma gyorsabban növekszik, mint a várható élettartam, az azt jelenti, hogy az egyének több évet élnek jobb egészségben.[60]

Az Eurostat adatait nemi bontásban elemeztük, mely szerint a férfiak egészségben eltöltött éveinek száma (62,6 év) messzebb van az EU átlagtól, mint a nők esetében (63,3 év). [1. ábra] Az egészségesen várható élettartam több országban is magasabb a férfiak körében, a legnagyobb – 3 évnél is több – különbség Portugálián kívül Izlandon, Hollandiában, Finnországban és Litvániában van.[60]

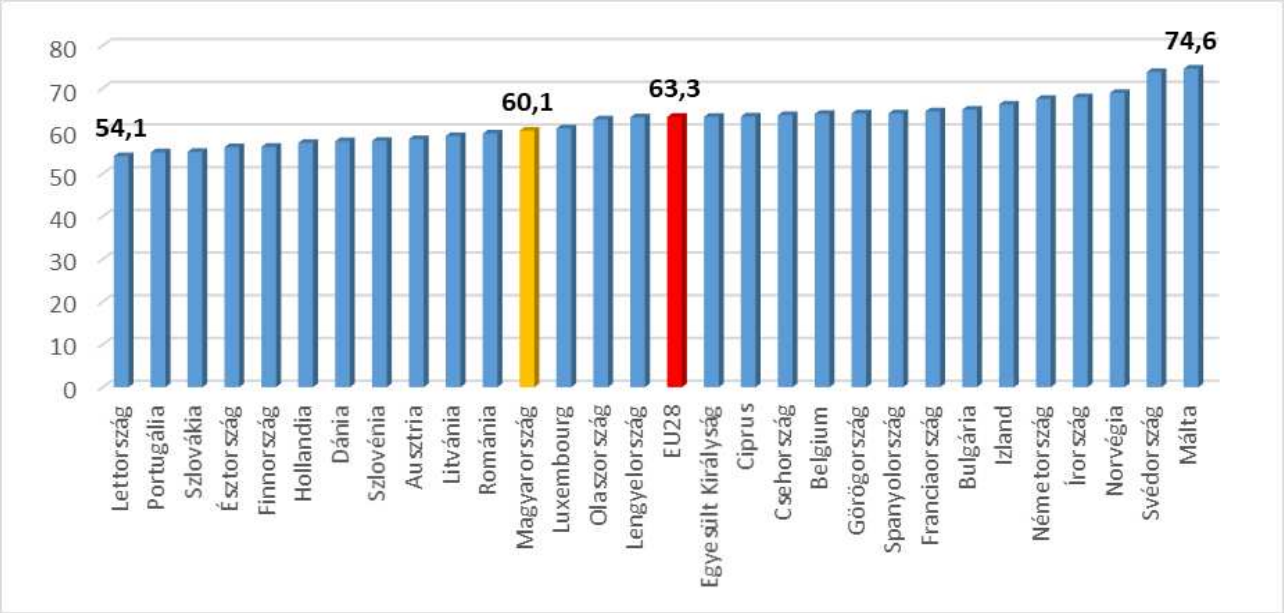
1. ábra: Egészségesen várható élettartam születéskor – férfiak (év)



Forrás: Saját szerkesztés az Eurostat (2015) adatai alapján[60]

A legfrissebb, 2015. évi adatok szerint az európai térség államaiban a leghosszabb egészségesen eltölthető élettartamra a férfiak Svédországban (74 év), a nők pedig Máltán (74,6 év) számíthatnak, míg a legrövidebb egészségesen várható élettartam a férfiak (51,8 év) és a nők esetében is (54,1 év) Lettországban tapasztalható. A legmagasabb és a legalacsonyabb élettartam közötti különbség a nőknél 20,5 év, a férfiak körében pedig 22,2 év. [2. ábra] A statisztikai adatok alapján elmondható, hogy a kelet-európai országok férfilakossága kevesebb évet él egészségesen, mint a nyugatiak – ellentétben a nőkre jellemző adatokkal. Magyarország a hetedik legrosszabb átlaggal rendelkezik: hazánk polgárai várhatóan 58,2 évet élnek egészségben. A férfiak és nők születéskor várható egészséges éveinek átlagai között országunk esetében 1,9 év van. A magyar nők adatai csak 3,2 évvel maradnak el az EU-átlagtól, míg a férfiaknál 4,4 évvel alacsonyabb az EU-átlaghoz viszonyított érték.[60]

2. ábra: Egészségesen várható élettartam születéskor – nők (év)



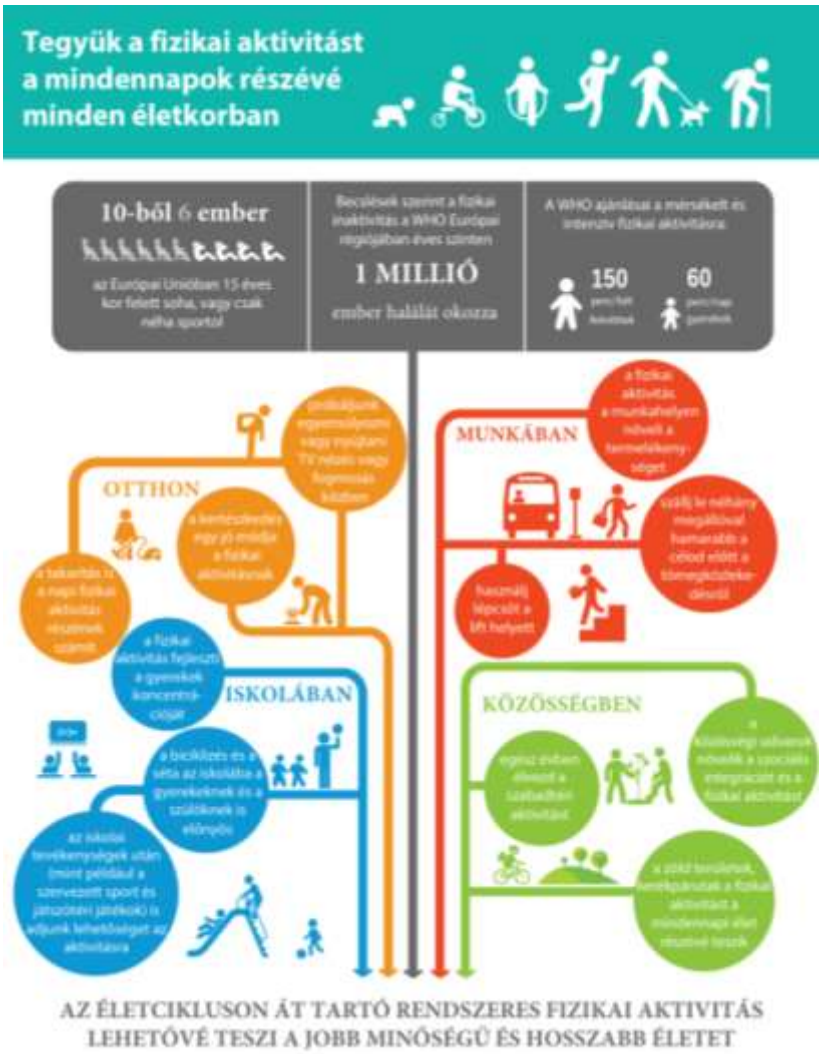
Forrás: Saját szerkesztés az Eurostat (2015) adatai alapján[60]

A fizikai aktivitás és sport értelmezései

A WHO meghatározása szerint a fizikai aktivitás vázizmok által kifejtett mozgás, amely többletenergiát igényel. Ez a szándékosan széles meghatározás azt jelenti, hogy gyakorlatilag mindenféle fizikai tevékenységet, beleértve a közlekedéshez kapcsolódó (gyaloglás vagy kerékpározás), a tánc, a mozgásos játékok, a kertészkedés és a házimunka, valamint a különböző sporttevékenységeket is ide soroljuk.[61] A fizikai aktivitás növelése nem csupán egyéni, hanem társadalmi érdek is. Az egészségjavító fizikai aktivitás kifejezést gyakran használják az EU-ban, amely hangsúlyozza az egészséggel való kapcsolatot azáltal, hogy „minden olyan fizikai tevékenységre összpontosít, amely az egészségre pozitívan hat, indokolatlan kár vagy kockázat nélkül”.[62]

A statisztikai adatok alapján 10-ből 6 ember soha vagy csak néha sportol, és minden évben 1 millió halál köthető a fizikai inaktivitáshoz a WHO európai régiójában. Az állapot javítására a WHO ajánlást dolgozott ki, amelyben négy helyszínt emel ki fizikai tevékenység végzésére.[61] Az otthon végzett házimunka és kertészkedés is beletartozik a tágabb értelmezésű fizikai tevékenység fogalmába. [3. ábra]

3. ábra: A fizikai aktivitás helyszínei



Forrás: Saját szerkesztés a WHO (2015) infografikája alapján[61]

A munkahely és az otthon közötti tömegközlekedés igénybevétele, a gyalogos vagy kerékpárral történő közlekedés is a fizikai aktivitás kategóriájába sorolható. Emellett a fiatalok iskolában, szünetben végzett testmozgása vagy a szervezett sporttevékenységek, és a szabadidőben végzett kirándulás, kerékpározás, kutyasétáltatás is fizikai aktivitásnak tekinthető. Az EU kiemeli, hogy fontos a biztonságos és vonzó környezet biztosítása, mely aktív közlekedésre és fizikai aktivitásra ösztönöz a mindennapi életben. Számos, a városiasodáshoz kapcsolódó környezeti tényező megakadályozhatja az emberek fizikailag aktívabbá válását.

A fizikai aktivitás a sporttudomány egyik központi témája, melynek vizsgált területe például a sportbeli teljesítményfokozás is. Az egészségtudomány szempontjából a fizikai aktivitás egészségmegőrzésre és egészségfejlesztésre fókuszál, pontosabban a betegségek megelőzésében és kezelésében betöltött szerepét kutatja.[63]

A fizikai aktivitás hatását több tényező is meghatározza: a frekvencia, az intenzitás, az időtartam és a tevékenységi típusa. A frekvencia megmutatja a fizikai aktivitás gyakoriságát, vagyis hogy heti hány alkalommal végezzük, míg az intenzitás a terhelés mértékének jellemzője. Leggyakrabban a mérsékelt vagy intenzív intenzitást használjuk. Az intenzitás az egyén fizikai állapotától és edzettségi állapotától függ. Az időtartamot általában percben mérjük, és egy adott alkalom hosszát mutatja. A fizikai aktivitás típusa számos formát ölthet attól függően, hogy milyen fizikai tevékenységről beszélünk és milyen

más paraméterek jellemzik (aerob, erő, állóképesség, egyensúly).
A fizikai aktivitás energiafelhasználást eredményez, amelynek megfelelő mértékűnek kell lennie annak érdekében, hogy kedvező élettani hatást érjen el. A mozgásprogramra adott javaslatok tehát nem kerülhetik el az energiaráfordítás mértékének meghatározását. Az energiafelhasználás mérésére kidolgozott mértékegység a „metabolikus egység" (Metabolic Equivalent, vagyis MET). A MET egy viszonyszám, amely megmutatja, hogy mennyivel több energiát használtunk fel az adott aktivitás során, egy perc pihenéshez képest. Egyetlen perc passzív pihenés (nyugalomban fekvés) 1 MET-nek felel meg.[64,65]
A 2. táblázat összefoglalja a közepes és magas intenzitású mozgásokat és jellemzőiket. A mérsékelt vagy közepes intenzitású fizikai aktivitás emeli a szívverést, a testhőmérsékletet, és szaporább lesz a lélegzetvétel. Ezáltal a szervezet anyagcseréje 3-6 MET-re nő. A magas intenzitású fizikai aktivitás erőteljesebb verejtékezéssel és levegővétellel jár (futás, gyors kerékpározás). Az erőteljes intenzitású tevékenységek növelik az anyagcserét, amely így legalább 6-szorosa a nyugalmi szintnek (6 MET).

2. táblázat: A közepes és magas intenzitású fizikai aktivitás jellemzői

KÖZEPES INTENZITÁSÚ FIZIKAI AKTIVITÁS (3-6 MET)	MAGAS INTENZITÁSÚ FIZIKAI AKTIVITÁS (>6 MET)
Mérsékelt erőfeszítést igényel, észrevehetően felgyorsítja a pulzusszámot	Nagyobb erőfeszítést igényel, gyors légzést és jelentős pulzusszám emelkedést okoz
PÉLDÁK:	PÉLDÁK:
• tempós séta	• futás
• tánc	• tempós séta emelkedőn
• kertészkedés	• gyors biciklizés, úszás
• házi munka	• aerobik
• aktív játék, sport gyerekekkel, kutyasétáltatás	• különböző sportágak űzése (pl. csapatsportok)
• általános építési munkák (pl. festés)	• nehéz ásás, lapátolás
• 20 kg-nál könnyebb teher mozgatása, cipelése	• 20 kg-nál nehezebb teher mozgatása, cipelése

Forrás: Saját szerkesztés a WHO (2010) adatai alapján[66]

Abszolút skála esetén a mérsékelt intenzitás olyan aktivitásra utal, amely a pihenés intenzitásához képest 3,0-5,9-szeres érték. Az egyén személyes képességéhez viszonyított skálán a mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás általában 5-ös vagy 6-os érték a 0-tól 10-ig terjedő skálán.
A magas intenzitás az abszolút skála esetén olyan aktivitást jelent, amely a felnőttek pihenésének intenzitásához képest 6-szor magasabb, fiatalabb korosztály esetében pedig 7,0 vagy annál magasabb. Az egyén személyes képességéhez viszonyított skálán az erőteljes intenzitású fizikai aktivitás általában 7-es vagy 8-as érték a 0-10 skálán.

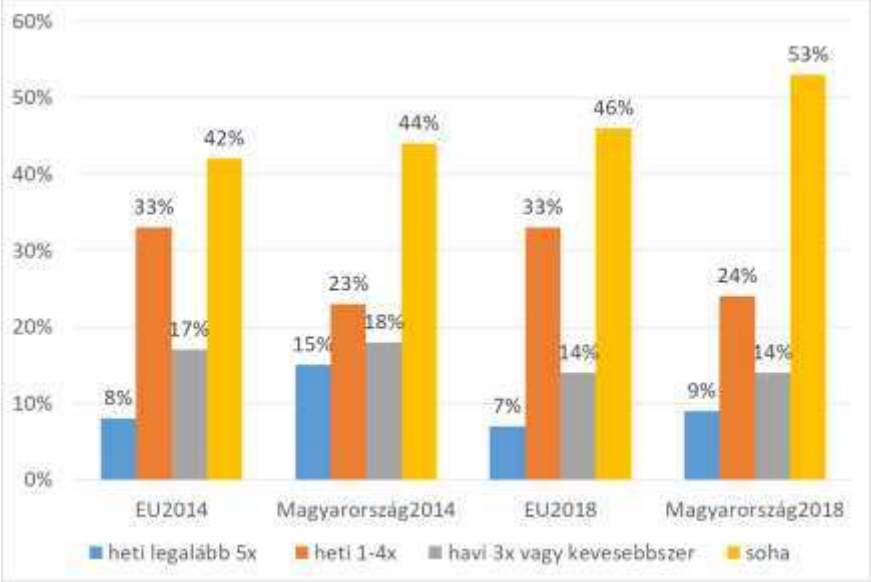
Az Eurobarometer sportolási szokásokra irányuló felméréseiben 27, illetve 28 európai ország közel 28 ezer lakosa vett részt különböző társadalmi csoportokból. A felmérésben a 15-24 éves, a 25-39 éves, a 40-54 éves és az 55 év feletti korosztályokat vizsgálták.[16,17,67,68] [4. ábra]

Az európaiak 40%-a sportol legalább hetente egyszer és 60% soha, vagy csak ritkán. Ugyanakkor a soha nem sportolók aránya 42%-ról 46%-ra emelkedett. A nem sportolók arányának növekedése folyamatos 2009 óta, akkor még 39% volt az arány. A heti 5-ször sportolók aránya pedig 1%-ot csökkent, 8%-ról 7%-ra. A felmérések alapján Európa északi országaiban az egyének többet sportolnak, mint a keleti és déli területeken. Összesen 11 országban a válaszadók több, mint a fele soha nem sportol (pl. Bulgária, Görögország,

Portugália, Románia, Olaszország). A vizsgált országok százalékos eredményeit összehasonlítva Magyarország a 20. helyen szerepel sportolási kedv szempontjából. Az EU-ban a férfiak sportolnak többet (44%), míg a nők csupán 36%-a építi be mindennapjaiba a mozgást. A sportolási kedv általában az életkorral csökken. A 15-24 éves korosztály (62%) legalább hetente 1-szer sportol. Az előzőhöz hasonló gyakorisággal sportol a 25-39 éves korosztály 46%-a, a 40-54 évesek 39%-a és az 55 év feletti korcsoport 30%-a. Ennek megfelelően a nem sportolók aránya a 15-24 évesek között 24%, az 55 év felettiek körében pedig 61%.[68]

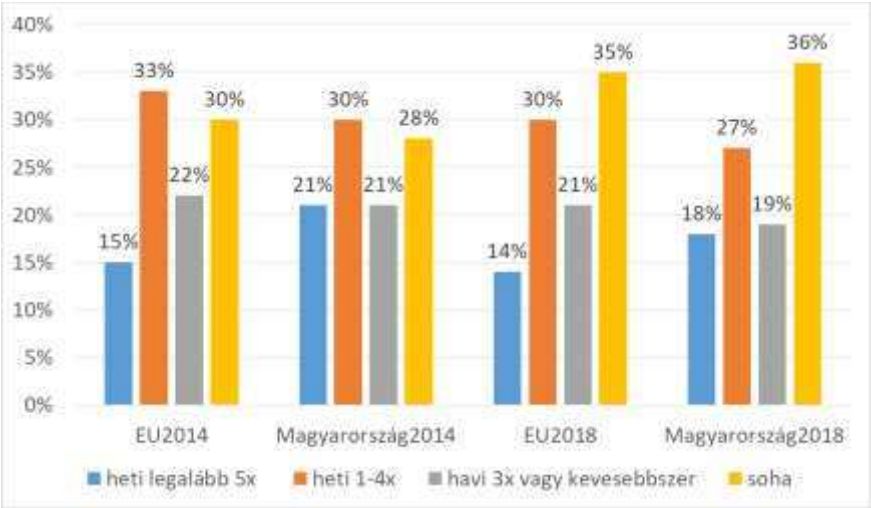
A felmérés külön kérdésben foglalkozott a fizikai aktivitással járó aktív pihenés gyakoriságával (például kerékpározás, tánc vagy kertészkedés) is. [5. ábra] A legutóbbi, 2018-ban készült felmérés alapján az uniós polgárok 14%-a azt állítja, hogy rendszeresen végeznek fizikai aktivitással járó aktív pihenést (hetente 5-ször vagy többször), míg 30%-uk bizonyos rendszerességgel (heti 1-4 alkalommal). A megkérdezettek 35%-a azonban egyáltalán nem végez ilyen típusú fizikai aktivitást. A mutatók szerint a 2014-es eredményekhez képest alacsonyabb lett a fizikai aktivitás mértéke az EU felnőtt lakosságának körében.

4. ábra: Sportolási gyakoriság az Európai Unió felnőtt lakosainak körében



Forrás: Saját szerkesztés az Eurobarometer (2014, 2018) adatai alapján[16,17]

5. ábra: Fizikai aktivitással járó aktív pihenés gyakorisága az Európai Unió felnőtt lakosainak körében



Forrás: Saját szerkesztés az Eurobarometer (2014, 2018) adatai alapján[16,17]

Hasonlóan a sportolási szokásokkal kapcsolatos válaszokhoz, erős különbségek figyelhetők meg a különböző szociodemográfiai csoportok között. A férfiak nagyobb valószínűséggel vesznek részt más fizikai tevékenységekben, hiszen a férfiaknak 31%-a az, akik elmondásuk alapján soha nem vesznek részt ilyen tevékenységben, szemben a nők 40%-ával. Megemlítendő, hogy az idősebb korosztály esetében kevésbé valószínű, hogy más fizikai tevékenységet folytatnak. Az 55 éves vagy annál idősebb egyének 45%-a válaszolta, hogy soha nem vesz részt más típusú fizikai aktivitásban (a 40-54 évesek 33%-a, a 25-39 évesek 29%-a és a 15-24 évesek 25%-a). A férfiak és a nők közötti különbségek nagyjából konzisztensek a különböző korcsoportok között.

A 2014-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) is vizsgálta a testmozgást az egészséget befolyásoló tényezők között. Az ELEF 2014 kérdőív 8 kérdést tartalmazott, melyek kitértek a munkavégzés során jellemző fizikai tevékenységre, szabadidősport szokásokra, a mérsékelt erőkifejtést igénylő fizikai aktivitásra (gyaloglás, biciklizés) és a megfelelő mértékű fizikai aktivitásra. A felmérés eredményei szerint a WHO által ajánlott fizikai aktivitás mértékét Magyarországon csak minden nyolcadik ember teljesíti. A nők között kevesebb a fizikailag aktívabbak aránya, mint a férfiak között. Régiós bontásban fizikailag legkevésbé aktívnak (9%) a Nyugat-Dunántúl lakossága bizonyult. A közép-magyarországi férfiak (16%) és a közép-dunántúli (13%) nők felelnek meg leginkább a WHO által megfogalmazott ajánlásoknak fizikai aktivitásuk mértékét tekintve. [68]

Az Eurobarometer felmérés eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy olyan intézkedésekre van szükség, amely segítségével még több uniós állampolgár sportol, végez fizikai aktivitást, lehetőleg egy életen át. Az ösztönzés nemcsak az egészség és a jó közérzet szempontjából fontos – a fizikai inaktivitás jelentős gazdasági költségeket is generál.

Az EU egészségjavító testmozgásról szóló ajánlásnak keretrendszerében 23 indikátor található. Az indikátorok az egészségvédő testmozgás szempontjából jelentős területeket emelik ki: a testmozgással kapcsolatos nemzetközi ajánlásokat és iránymutatásokat, az ágazatközi megközelítést, a sportot, az egészségügyet, az oktatást, a környezetvédelmet (beleértve a várostervezést és a közbiztonságot is), a munkahelyi környezetet, az idős korosztályt, az értékelést és a lakossági szemléletformálást. Az új Erasmus+ program már pénzügyi támogatást is nyújt olyan transznacionális együttműködési projekteknek, amelyek a sportolási tevékenység és a testmozgás előmozdítására irányulnak.[67]

A WHO fizikai aktivitással kapcsolatos ajánlásai

A WHO a különböző életkori csoportoknak nemcsak a napi ajánlott mozgásmennyiségre (percben), hanem azok intenzitására („közepes és magas”) ajánlást tesz.[67] Az ajánlásokban három életkori csoportot alakítottak ki: az 5-17 éves fiatalokét, a 18-64 éves felnőttekét és a 65 év feletti idősekét. Ezeket a korcsoportokat a tudományos háttér figyelembe vételével alakították ki. Nem készült külön ajánlás az 5 évesnél fiatalabb gyermekek korcsoportjának. Ugyan az ebbe a korosztályba tartozó gyermekek jellemzően aktív tevékenységet folytatnak, több kutatásra lenne szükség annak meghatározásához, hogy számukra milyen mértékű és intenzitású fizikai aktivitás mellett érhetőek el a legnagyobb és legkedvezőbb egészségügyi előnyök.

A WHO globális ajánlása a következő egészségügyi eredmények szempontjából releváns:

- Kardiorespiratorikus betegségek (szívkoszorúérbetegség, szív- és érrendszeri betegségek, stroke és magas vérnyomás),
- Metabolikus egészség (cukorbetegség és elhízás),
- Csont-izomrendszer egészsége,
- Daganatos betegségek (emlő- és vastagbélrák),
- Funkcionális egészség, és az elesések megelőzése,
- Depresszió.

5-17 éves gyermekek és serdülőknek szóló ajánlások

Ennek a korosztálynak legalább napi 60 perc mérsékelt és magas intenzitású fizikai aktivitást ajánlott végeznie. A napi 60 percnél nagyobb mennyiségű fizikai aktivitás további egészségügyi előnyökkel jár. A napi fizikai aktivitásnak főleg aerob jellegűnek kell lennie, és hetente legalább 3 alkalommal olyan tevékenységeket is érdemes tartalmaznia, amelyek erősítik az izmokat és a csontokat. A fizikai aktivitás tartalmazza a különböző játékokat, a csapatsportot,

az aktív közlekedést, a rekreációs játékokat, a testnevelés órát és a szervezett sportfoglalkozásokat az iskolában, a családdal és egyéb közösségekben is.

18-64 éves felnőttekre vonatkozó ajánlások

Heti legalább 150 perc mérsékelt intenzitású aerob fizikai aktivitást szükséges végezni, vagy legalább 75 perc magas intenzitásút, vagy egyenértékű kombinációját a közepes és magas intenzitású aktivitásnak. Az aerob testmozgásnak legalább 10 percig kell tartania, hogy annak egészségvédő hatása érvényesüljön. További egészségügyi előnyök elérésére ennek a korosztálynak mérsékelt intenzitású fizikai tevékenységét hetente 300 percre (vagy ezzel egyenértékűre) javasolt növelnie. Ezen kívül érdemes heti kétszer vagy többször izomerősítő gyakorlatokat kell végezni a nagyobb izomcsoportok bevonásával.

65 év feletti szenioroknak szóló ajánlások

A legidősebb korosztálynak is heti 150 perc mérsékelt intenzitású fizikai aktivitást, vagy legalább 75 perc magas intenzitású fizikai aktivitást ajánlott végeznie, illetve ennek megfelelő mértékű vegyes intenzitású aktivitást. További egészségügyi előnyök eléréséhez a közepes intenzitású fizikai aktivitást heti 300 percre vagy ezzel egyenértékűre szükséges növelniük. Az időskori esések elkerülése végett ajánlott az egyensúly javítására irányuló gyakorlatok végzése, minimum heti 3 alkalommal. Természetesen izomerősítő gyakorlatokat is érdemes végezni heti 2 vagy több alkalommal, amelyek a nagyobb izomcsoportokra irányulnak.

A WHO Európai Regionális Irodája 2018-ban olyan dokumentumot készített, mely tartalmazza az EU-tagállamok lakosságának fizikai aktivitásával kapcsolatos vizsgálatait és összehasonlítja a nemzeti ajánlásokat (pl. milyen korosztályoknak adnak ajánlást). Ennek segítségével támogatja a tagállamokat sikereik megosztásában és a tapasztalatcserében, egyben inspirációt nyújt a további fejlesztéshez, finomításhoz és hatékony politika kialakításához. Célja továbbá a tagállamok közötti szorosabb együttműködés, az adatgyűjtés és a szakpolitikai fejlesztések összehangolása.[69]

ÖSSZEGZÉS

A különböző országokban végzett kutatások felhívják a figyelmet arra, hogy napjainkban az ülő életmód és a lakosság fizikai inaktivitása igen komoly népegészségügyi (és gazdasági) probléma. A fizikai inaktivitás ugyanis számos betegség kialakulásának okaként, illetve számos betegség rizikófaktoraként említhető, ezzel jelentősen befolyásolva a mortalitást is. A magyar felnőtt lakosság egészségesen várható élettartama növelhető lenne, amennyiben a szabadidős sportot űzők arányát növelni tudnánk, illetve a napi fizikai aktivitással (séta, kerékpárral közlekedés, kertészkedés, stb.) eltöltött időt emelnénk. Az ELEF 2014 felmérés eredményei szerint a WHO által ajánlott fizikai aktivitás mennyiségét Magyarországon csak minden nyolcadik ember teljesíti.

Emiatt kiemelt fontossága van a népegészségügy területét érintő, lakosságot megcélzó intézkedéseknek, ahol a prevencióban központi figyelmet kapnak a testmozgást elősegítő és ösztönző programok, amelyekkel növelhető a fizikailag aktív lakosság aránya. Nagyon fontos a szemléletformálás, melyet már fiatalkorban, a gyerekeknél el kell kezdeni, hiszen ekkor alakulnak ki azok az életmódelemek, melyek befolyásolják majd a későbbi egészségmagatartást. Az óvodai és iskolai színtereken nélkülözhetetlen az intézményi testnevelés és sport fejlesztése, melyben a mindennapos testnevelés bevezetésével, illetve a tao-rendszer utánpótlásfejlesztésben betöltött szerepével pozitív változások következtek be. A munkavállalói oldalon is megjelentek azok a programok és kezdeményezések, melyek a dolgozók egészségmagatartásának javítását tűzték ki célul.

WHO ajánlása szerint az otthon, munkahelyen, iskolában és a közösségi helyszíneken az életcikluson át tartó rendszeres fizikai aktivitás jobb minőségű és hosszabb életet tesz lehetővé.

A rendszeresen szabadidős sportot űzők arányának növelése megoldás lehet az aktivitásnövelésére. A szabadidős programkínálatban fontos szerepet tölthetnek be a szemléletformáló, figyelemfelkeltő és motiváló események, valamint azok a szabadidős sportszolgáltatások, amelyek vonzóak lehetnek az aktív részvétel ösztönzésében.

A publikáció elkészítését a „GINOP-2.3.2-15-2016-00062 Életminőség fejlesztése Kelet-Magyarországon: Táplálkozás-, teljesítménybiológiai és biotechnológiai experimentális kutatások és eszközfejlesztések a humán megbetegedések megelőzésére és kezelésére” projekt támogatta.

HIVATKOZÁSOK

[1] Steptoe A, Butler N. Sports participation and emotional well-being in adolescents. Lancet. 1996; 1789–1792. doi: 10.5555/uri:pii:S0140673696916165

[2] North TC, McCullagh P., Tran, ZV. Effect of exercise on depression. Exerc Sport Sci Rev. 1990; 18: 379-415. doi: 10.1249/00003677-199001000-00016

[3] Anderson E, Shivakumar G. Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety. Front Psychiatry. 2013; 4:27. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00027

[4] Hosseini M, Piri M, Agha-Alinejad H, et al. The effect of endurance, resistance and concurrent training on the heart structure of female students. Biol Sport. 2012; 29:17-21. https://www.termedia.pl/Original-paper-THE-EFFECT-OF-ENDURANCE-RESISTANCE-r-nAND-CONCURRENT-TRAINING-ON-r-nTHE-HEART-STRUCTURE-OF-FEMALE-r-nSTUDENTS,78,23368,1,1.html (Elérve: 2018. 06. 22.)

[5] Mahdiabad IJ, Gaeini, AA, Kazemi, T, et al. The effect of aerobic continuous and interval training on left ventricular structure and function in male non-athletes. Biol Sport. 2013; 30(3):207-211. doi: 10.5604/20831862.1059302

[6] Howden EJ, Perhonen M., Peshock RM, et al. Females have a blunted cardiovascular response to one year of intensive supervised endurance training. J Appl Physiol. 2015; 119(1):37-46. doi: 10.1152/japplphysiol.00092.2015

[7] Apor P. A fizikai aktivitás és/vagy fittség mértéke a kardiovaszkuláris kockázat besorolást módosító tényező. Orv. Hetil. 2004; 145:1801-1804. doi: 10.1556/650.2004.08.01

[8] Apor P, Rádi A. A fizikai aktivitás érhatásai. Orv. Hetil. 2005; 146(1-5): 63–68. doi: 10.1556/650.2005.01.02

[9] Apor P, Számadó J. Testmozgás, edzés a kövér gyermek számára. Gyermekgyógyászat. 2010;61 (2):79–81.

[10] Jebb SA, Moore MS. Contribution of the sedentary lifestyle and inactivity to the etiology of overweight and obesity. Current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc. 1999. 31(11 Suppl):S534–S541. doi: 10.1097/00005768-199911001-00008

[11] Meredith MD, Welk GJ. Fitnessgram-Activitygram test administration manual. Champaign: Human Kinetics; 2013. https://www.cooperinstitute.org/vault/2440/web/files/662.pdf (Elérve: 2018. 02. 26)

[12] Veiga OL, Gómez-Martínez S, Martínez-Gómez D et al. Physical activity as a preventive measure against overweight, obesity, infections, allergies and cardiovascular disease risk factors in adolescents: Ascensión Marcos, and AFINOS Study Group: AFINOS Study protocol. BMC Public Health. 2009; 9:475. doi: 10.1186/1471-2458-9-475

[13] Herpainé LJ, Olvasztóné BZs. Recreational activities in the different kind of generation in connection with physical activity. In: Elena Bendíková (szerk.) Health and physical activities in lifestyle among children and youth. Banská Bystrica: Matej Bel University, 2015; pp 10-21.

[14] Herpainé LJ. The Issues of The Relationship of Grandparents and Grandchildren in the Light of Physical Activity. European Journal Of Mental Health 2014;9:(2):178-194. doi: 10.5708/EJMH.9.2014.2.3

[15] Herpainé LJ, Olvasztóné BZs. Nagyszülők és unokák testedzésének aktuális kérdései az egészségfejlesztés tükrében. Egészségfejlesztés 2007; 48:14-16.

[16] European Commission. Special Eurobarometer 412 – Sport and physical activity. 2014. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf (Elérve: 2018. 03. 16.)

[17] European Commission. Special Eurobarometer 472 – Sport and physical Activity. 2018. https://ec.europa.eu/sport/news/2018/new-eurobarometer-sport-and-physical-activity_en (Elérve: 2018. 12. 15.)

[18] Gaál S. (szerk.): Mozgásfejlődés és fejlesztés az óvodában (Kézikönyv óvodapedagógusok számára). Magánkiadás, 2010.

[19] Farmosi I, Gaál S. Óvodások testi fejlettsége, fizikai teljesítménye és motorikus struktúrája. Kalokagathia. 2001;1-2:36-63. http://asp01.ex-lh.hu:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1551182294264~554&locale=hu_HU&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=10&application=DIGITOOL-3&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true (Elérve: 2018. 02. 25)

[20] Müller A, Bíró M, Boda E et al. Az óvodások testtömegének és sportolási szokásainak összefüggései egy egri kutatás tükrében. Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport 44:2017. pp. 191-203. http://publikacio.uni-eszterhazy.hu/777/ (Elérve: 2018. 02. 25)
[21] Lysklett OB, Berger HW. What are the characteristics of nature preschools in Norway, and how do they organize their daily activities? In: Journal of Adventure Education and Outdoor Learning. 2017; 17(2):95–107. doi: 10.1080/14729679.2016.1218782
[22] Rácz K, Barthel B, Földi FR. The Effect of The Motion Development To The Speech Development. Kalokagathia 2013;50/51.(1):66-78. http://asp01.ex-lh.hu:1801/view/action/singleViewer.do?dvs=1551182496845~599&locale=hu_HU&VIEWER_URL=/view/action/singleViewer.do?&DELIVERY_RULE_ID=10&application=DIGITOOL-3&frameId=1&usePid1=true&usePid2=true (Elérve:2018.03.12)
[23] Tremblay MS, Barnes JD, González SA et al. Global Matrix 2.0: report card grades on the physical activity of children and youth comparing 38 countries. J Phys Act Health. 2016; 13(11 Suppl 2):S343-S366. doi: 10.1123/jpah.2016-0594
[24] Norris R, Carroll D, Cochrane R. The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. J Psychosom Res. 1992;36(1): 55-65. doi: 10.1016/0022-3999(92)90114-H
[25] Szőts G, Martos É, Györe I et al. A táplálkozás, a fizikai aktivitás és a csontsűrűség összefüggése 18–24 éves sportoló és nemsportoló egyetemista nőknél. Sportorvosi Szemle 2004;45_123–141.
[26] U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2018. https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf (Elérve: 2018. 06. 22.)
[27] Bendíková E. Theory of Health, Movements and lifestyle of Human Beings. Debrecen University Press, Debrecen, 2017.
[28] Lee IM. Physical activity and cancer prevention--data from epidemiologic studies. Med Sci Sports Exerc. 2003;35(11), 1823-1827. doi: 10.1249/01.MSS.0000093620.27893.23
[29] Kushi LH, Doyle C, McCullough M, et al. American Cancer Society Guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. CA Cancer J Clin. 2012;62(1), 30-67. doi: 10.3322/caac.20140
[30] Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. J Nutr. 2002 Nov;132(11 Suppl):3456S 3464S. doi: 10.1093/jn/132.11.3456S
[31] Friedenreich CM. Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2001 Apr;10(4):287-301. http://cebp.aacrjournals.org/content/10/4/287.long (Elérve:2018.04.02)
[32] Thune I, Furberg AS. Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site-specific. Med Sci Sports Exerc. 2001 Jun;33(6 Suppl):S530-50; discussion S609-10
[33] Speck RM, Schmitz KH, Lee IM, et al. Epidemiology of physical activity and cancer risk. In: McTiernan A (editor). Physical activity, dietary calorie restriction, and cancer. Springer, New York, 2011, pp 25-53.
[34] Haugland S, Wold B, Torsheim, T. Relieving the pressure? The role of physical activity in the relationship between school-related stress and adolescent health complaints. Research quarterly for exercise and sport, 2003.74(2), 127-135. doi: 10.1080/02701367.2003.10609074
[35] Blumenthal JA, Babyak MA, Moore, KA et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. Arch Intern Med. 1999 Oct 25;159(19):2349-2356. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485159 (Elérve: 2018. 02. 22)
[36] Jeong YJ, Hong SC, Lee MS, et al. Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. Int J Neurosci. 2005 Dec;115(12):1711-1720. doi: 10.1080/00207450590958574
[37] Simon IÁ, Kajtár G, Herpainé, LJ, et al. A fizikai aktivitás és a mentális egészség jelentősége a 60 év fölötti korosztály életében. Képzés és Gyakorlat: Training And Practice 2018.16:1.25-36. doi: 10.17165/TP.2018.1.3
[38] Yin Z, Davis CL, Moore JB, et al. Physical activity buffers the effects of chronic stress on adiposity in youth. Ann Behav Med. 2005 Feb;29(1):29-36. doi: 10.1207/s15324796abm2901_5
[39] Apor P. Fizikai edzés a cukorbetegség megelőzésében és kezelésében. Orv. Hetil., 2009;150(13):579-587. doi: 10.1556/OH.2009.28550
[40] Żebrowska A, Plewa M. Role of physical activity in treatment of type 1 diabetes mellitus. Handbook of Type, 1, 2010.
[41] Marques A, Peralta M, Sarmento H, et al. Associations between vigorous physical activity and chronic diseases in older adults: a study in 13 European countries. Eur J Public Health. 2018.28:5, 950-955. doi: 10.1093/eurpub/cky086

[42] Gero K, Iso H, Kitamura A, et al. Cardiovascular disease mortality in relation to physical activity during adolescence and adulthood in Japan: Does school-based sport club participation matter?. Prev Med. 2018 Aug;113:102-108. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.05.012
[43] Bjarnegård N, Länne T, Cinthio M, et al. Vascular characteristics in young women-Effect of extensive endurance training or sedentary lifestyle. Acta Physiol (Oxf). 2018 Jun;223(2):e13041. doi: 10.1111/apha.13041
[44] Marques A, Peralta M, Martins J, et al. Cross-sectional and prospective relationship between physical activity and chronic diseases in European older adults. Int J Public Health. 2017 May;62(4):495-502. doi: 10.1007/s00038-016-0919-4
[45] World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, Geneva, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf (Elérve: 2018. 03. 16.)
[46] Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. Lancet Physical Activity Series W. G. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012 Jul 21;380(9838):219-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
[47] Warburton DE, Katzmarzyk PT, Rhodes RE et al. Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. Can J Public Health. 2007;98 Suppl 2:S16-68. doi: 10.1139/H07-123
[48] World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, Washington, DC, 2007. http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf (Elérve: 2018. 03. 11.)
[49] Winzer BM, Whiteman DC, Reeves MM et al. Physical activity and cancer prevention: a systematic review of clinical trials. Cancer Causes Control. 2011 Jun;22(6):811-26. doi: 10.1007/s10552-011-9761-4
[50] Loprinzi PD, Cardinal BJ, Loprinzi KL et al. Benefits and environmental determinants of physical activity in children and adolescents. Obes Facts. 2012; 5(4):597-610. doi: 10.1159/000342684
[51] Nunan D, Mahtani KR, Roberts N et al. Physical activity for the prevention and treatment of major chronic disease: an overview of systematic reviews. Syst Rev. 2013 Jul 10;2:56. doi: 10.1186/2046-4053-2-56
[52] Kruk J. Health and economic costs of physical inactivity. Asian Pac J Cancer Prev, 2014; 15(18):7499-7503. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.18.7499
[53] Juhász I, Kopkáné PJ, Kiszela K, et al. Időskorúak rekreációs fizikai aktivitásának hatása a kardiorespiratorikus rendszerre. Magyar Sporttudományi Szemle. 2015;16(3):4-8. http://mstt.hu/wp-content/uploads/MSTT-Szemle-2015_3.pdf (Elérve: 2018. 02. 22.)
[54] Kopkáné PJ, Juhász I, Bíró M, et al. Egerben élő nyugdíjasok egészségi állapotának és testedzési szokásainak vizsgálata. Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport 2015;42: 27-36. https://sporttudomany.uni-eszterhazy.hu/public/uploads/2015-5bb0e522bee3c_5c596c7f0c956.pdf (Elérve: 2018. 03. 12.)
[55] Portegijs, E, Rantanen, T, Sipilä, S et al. Physical activity compensates for increased mortality risk among older people with poor muscle strength. Scand J Med Sci Sports. 2007;17:473-479. doi: 10.1111/j.1600-0838.2006.00606.x
[56] Janssen I, Leblanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010. doi: 10.1186/1479-5868-7-40
[57] Warburton DE. et al. A systematic review of the evidencefor Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010. https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-7-39 (Elérve: 2018. 04. 12.)
[58] Kopkáné PJ, Juhász I, Müller A et al. Egri időskorúak rekreációs fizikai aktivitásának hatása a kardiorespiratorikus rendszerre. XII. Országos Sporttudományi Kongresszus.2015, Eger. In: Magyar Sporttudományi Szemle. 2015; 16. évf.62.2015/2.41. http://mstt.hu/wp-content/uploads/MSSZ_201502.pdf (Elérve: 2018. 03. 10.)
[59] Das P, Horton R. Rethinking our approach to physical activity Lancet. 2012 Jul 21;380(9838):189-190. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61024-1
[60] Towards More Physical Activity in Cities, 2017 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/353043/2017_WHO_Report_FINAL_WEB.pdf
(Elérve: 2018. 03. 10)
[61] World Health Organization. What's physical activity? World Health Organization, 2018. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/ (Elérve: 2018. 03. 16.)
[62] World Health Organization. Make physical activity a part of daily life during all stages of life. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015. http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/infographic-make-physical-activity-a-part-of-daily-life-during-all-stages-of-life (Elérve: 2018. 03. 16.)
[63] Csányi T. A fiatalok fizikai aktivitásának és inaktív tevékenységének jellemzői. Új pedagógiai szemle. 2010; 60(3):115-128. http://epa.oszk.hu/00000/00035/00140/pdf/EPA00035_upsz__2010_3-4_115-128.pdf (Elérve: 2018. 02. 22)
[64] Welk GJ (editor). Physical activity assessments for health-related research. Human Kinetics, Champaign, 2002.

[65] World Health Organization. What is Moderate-intensity and Vigorous-intensity Physical Activity? World Health Organization, n. d. http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/en/ (Elérve: 2018. 03. 16.)
[66] Európai Bizottság. A Bizottság jelentése az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának az egészségvédő testmozgás ágazatközi előmozdításáról. Európai Bizottság, Brüszszel, 2016. http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0768&from=HU
(Elérve: 2018. 03. 17.)
[67] World Health Organization. Factsheets on Health-enhancing Physical Activity in the 28 European Union Member States of the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015. http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/factsheets/eu-wide-overview-methods.pdf (Elérve: 2018. 03. 18.)
[68] Központi Statisztikai Hivatal. A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei – Összefoglaló adatok. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2018.
http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf (Elérve: 2018. 12. 12.)
[69] World Health Organization. Physical Activity Factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/382334/28fs-physical-activity-euro-rep-eng.pdf
(Elérve: 2018. 12. 12.)

A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai

Scientific and professional aspects of the personal trainer as a profession

Szerző: Tánczos Zoltán[a,b] ✉ Bognár József[c]
a: Testnevelési Egyetem Doktori Iskola, Budapest, b: Testnevelési Egyetem Rekreáció Tanszék, Budapest, c: Eszterházy Károly Egyetem, Sporttudományi Intézet, Eger

Beküldve: 2018. 12. 12.
doi: 10.24365/ef.v60i1.395

Összefoglaló: Az elmúlt évtizedben egyre több ember látogatja a fitnesztermeket és a wellnessközpontokat. A látogatók száma nemcsak számszerűen nő, hanem az életkor tekintetében is jóval szélesebb tartományt fog át, mint korábban. Míg a kétezres évek előtt elsősorban a lakosság fiatalabb és viszonylag szűk spektruma vette igénybe ezeket a sportolási lehetőségeket, mára a gyerekfitnesztől kezdve a funkcionális edzésen, aerobik- és aquafitnesz órákon és jógán keresztül a szenior tréningig lényegében a teljes népesség megtalálhatja a számára legmegfelelőbb mozgás- és kikapcsolódási formát az ilyen helyeken. Ezekben a sportközpontokban egyéni és csoportos mozgásformákkal egyaránt találkozunk, valamint a teljesen egyénre szabott edzések megtervezőjével, a személyi edzővel. A kézenfekvő megoldást keresők, és a leghatékonyabb edzések iránt érdeklődők elsősorban személyi edzőket vesznek igénybe, hogy szakszerű és biztonságos keretek között sportoljanak. A nemzetközi szakirodalom áttekintése alapján kijelenthetjük, hogy az elsődlegesen vizsgált szempontok: a személyi edző munkájának hatékonysága, a kliens egészségének megőrzése, a szakirányú képesítést adó intézmények – és így a végzettségek – sokfélesége, a szakmai szabályozás hiánya, az edző interperszonális kompetenciái, a nők felülreprezentáltsága és a túlsúlyos kliensekkel szembeni diszkrimináció. Célunk, hogy a fenti szempontok mentén ismertessük e dinamikusan fejlődő szakterület eddig elért prominens kutatási eredményeit. Mindezek a hazai témaspecifikus kutatások alapjául is szolgálhatnak, amelyek a hétköznapi emberek, a dolgozó lakosság egészségi mutatóit, fittségét, közérzetét kívánják előmozdítani.
Kulcsszavak: fitnesz; személyi edzés; személyi edző; prevenció; munkahelyi egészségfejlesztés

Summary: Over the past decade more and more people have been visiting fitness and wellness centres with the number of visitors not only numerically increasing, but also encompassing an age range that is much more extended than before. While the younger and relatively narrower spectrum of the population had already been intensively using these sports facilities before the 2000's, nowadays these establishments provide all kinds of physical and recreational activities for the whole population, ranging from kids' fitness to functional training and aerobics, water aerobics to yoga and senior training. In these centres we meet individual training opportunities, group classes as well as the personal trainer creating customized workout programs. Those clients looking for a smart solution and interested in an effective way of training will primarily use personal trainers to benefit from professional and safe workouts. Based on the overview of the international professional publication landscape we came to the conclusion that the main focus points examined are: effectiveness of the personal trainer, preservation of the client's health, diversity of institutions providing a great range of qualifications, lack of professional regulation, trainer's interpersonal competences,

female over-representation and discrimination against overweight clients. With these aspects in mind, our aim was to recapitulate the most prominent research results of this dynamically developing field as they all can serve as a baseline for the relevant research in Hungary and finally, as a driver to promote health indicators, fitness and well-being of everyday people that are the working population.
Keywords: Fitness; Personal Training; Personal Trainer; Prevention; Workplace Health Promotion

BEVEZETÉS

A fitnesz- és személyi edzés a hazai szakirodalomban mindezidáig keveset vizsgált területnek számít. A személyi edzés célja, illetve az edzők edzés- és munkamódszerei, valamint eszközrendszere jelentősen eltér a versenysportban alkalmazottaktól. A szabadidős és egészségfejlesztési céllal sportoló lakosság ilyen típusú edzése napjainkban virágkorát éli, a hétköznapi ember számára olyan megoldásokat kínál, amelyek hozzásegítik a jobb közérzet, a jobb munkabírás eléréséhez, az egészségi állapot hatékony fejlesztéséhez.
Egyre több adat támasztja alá azt a tényt, hogy a személyi edzéseken részt vevők fizikai és fittségi paraméterei, egészségi mutatói a rendszeres, tudatos és preventív személyre szabott edzésmunka hatására pozitív irányba változnak.[1] Mindez kihat többek között az egyén közérzetére, munkavégző és stressztűrő képességére és közvetett módon a népegészségügyi kiadásokat is jelentősen csökkenti. Nem véletlen, hogy napjainkban a munkahelyi egészségfejlesztés keretein belül számos cég ad fitnesz- vagy uszodabérletet dolgozóinak, sőt, hazánkban is elindult az a folyamat, hogy a munkahely maga biztosít fitnesz- és egészségmegőrző programokat munkavállalói számára a munkavégzés helyszínén. A magyar lakosság egészségtudatos életvitelének, szokásrendszerének és fittségi mutatóinak alacsony szintje ismeretében érdemes áttekinteni e szakterület nemzetközi és hazai tudományos szakirodalmát.[2] Célunk, hogy bemutassuk a személyi edzéssel kapcsolatos tényezőket és folyamatokat, továbbá, hogy mindezzel ösztönözzük a téma hazai kutatását. A továbbiakban a sporttudomány aspektusából a személyi edzői hivatás jellemző jegyei kerülnek bemutatásra, amelyhez több módszert használtunk kérdéseink megválaszolása érdekében. Egyfelől a széles körű dokumentumelemzést, valamint személyi edzőként és munkahelyi egészségfejlesztőként szerzett személyes tapasztalatainkra épülő reflektív önvizsgálatot végeztünk.

A SZEMÉLYI EDZŐ TEVÉKENYSÉGI KÖRE

A személyi edzés, mint a rekreáció fitnesz-irányzata az Egyesült Államokban jelent meg. A személyi edzők szolgáltatásait kezdetben jellemzően a társadalom prominens és tehetős tagjai vették igénybe, de nem kellett sokat várni arra, hogy a fitneszterm mek világába is beszivárogva a középosztály számára is elérhetővé váljon. Különösen azok kérték e szolgáltatást előszeretettel, akik fittségi céljaik garantált és biztonságos elérése érdekében hatékony, szakszerű és személyre szóló edzéseken szerettek volna részt venni. A személyi edzés intézménye később Európába – így hazánkba – is eljutva egyre szélesebb körben terjedt el. Személyi edzésről beszélünk akkor, amikor a személyi edző kizárólag az adott tanítvánnyal dolgozik, így garantálva a maximális figyelmet és hatékonyságot (ez a legjellemzőbb foglalkozásforma), de létezik páros és csoportos edzésforma is. A személyi edző tanítványa szükségleteinek maximális figyelembevételével menedzseli és motiválja őt, kontrollálja a mozgássorok kivitelezését, és teljes körű életmódtanácsadást nyújt. Az egészséges életmód kialakításának érdekében a személyi edző figyelemmel kíséri más tudományterületek fejleményeit. Ezt az edző saját kompetenciahatárait átlépő támogató rendszert referenciahálózatnak nevezzük. [1. ábra]
Fontos összetevő, hogy az edző személyes sportos megjelenésével, viselkedésével, egészségmagatartásával, sport- és fitnesz életmódjával nemcsak tanítványai, hanem a közvetlen környezete számára követendő példát mutat. A fitneszterembe érkező

vendéget gyakran teljes életmódváltásra kell sarkallni mind a fizikai aktivitás, mind a táplálkozás, mind a pihenés tekintetében.[3]
A személyi edző legfőbb feladatai közé tartozik, hogy az első közös munka alkalmával felméri a fittségi állapotot, rögzíti a kliens adatait, javaslatot tesz esetleges orvosi kontrollra és a tanítvány figyelmébe ajánlja referenciahálózatát (például komolyabb ortopédiai jellegű elváltozások esetén gyógytornász, elhízás esetén pedig dietetikus bevonását javasolja). Az első foglalkozáson a tanítvánnyal közösen megállapodnak az edzés menetéről és rendjéről, amelyet adott esetben szerződésben is rögzíthetnek. A közös munka része a táplálkozási és komplett életmód-tanácsadás, valamint a személyre szabott edzésterv végrehajtása is. Az edzéseken folyamatos edzéskontroll, edzésdokumentálás, segítségadás és hibajavítás történik, jó hangulatú, motiváló környezetben.

1. ábra: A személyi edző referenciahálózata

Forrás: saját szerkesztés

SZAKIRÁNYÚ VÉGZETTSÉG ÉS SPORTSZAKMAI TAPASZTALAT

Fontos, hogy a személyre szabott fitneszprogramok eredményesek és hatásosak legyenek, ennek mértéke pedig jelentősen függ az edző végzettségétől és szakmai tapasztalatától.[4] A fitneszipar nagyrészt szabályozatlan, hiányzik belőle az egységes ellenőrző testület és a szabályozó rendszer. Ebből kifolyólag különféle szintű és érvényességű képzések és végzettségek léteznek világszerte. A személyi edző tevékenységhez szükséges a sportszakmai végzettség megléte (hazánkban ez az OKJ 55 813 01 számú, emelt szintű szakképesítés-ráépülés, amely 240–360 órás), és a sportszakmai tapasztalat – vagy sportbéli jártasság –, amely a fitneszen túl más sportágakra is kiterjedhet. A legtöbb fitneszlétesítmény bármilyen oklevéllel felveszi az alkalmazottat, holott a színvonalas, gyakran költségesebb és időben hosszabb tanfolyamokon végzett edzők jóval képzettebbek társaiknál. Ez a helyzet Magyarországon sincsen másképp. Mivel azonban a fitneszipar alig szabályozott, a fitneszlétesítmények nem kötelesek olyan szakembert felvenni, aki rendelkezik megfelelő szakmai végzettséggel. Sőt, gyakran maguk a fitneszlétesítmények vezetői sem képesek különbséget tenni a különböző szintű oktatói és edzői végzettségek között.[5] A személyi edzői hivatás megerősítésére egy egységesített, központi kontrollra lenne szükség.

A SZEMÉLYI EDZŐ MUNKÁJÁNAK HATÉKONYSÁGA

Napjainkban a fitnesztermekben és wellnessközpontokban számos egészségfejlesztő mozgásprogram van. Az edző az egyéni célok, a fizikai állapot és az életkor figyelembevételével személyre szabott programot állít össze. Egy 2014-es egyesült

királyságbeli kutatás arról számolt be, hogy a személyi edzés 6 hónap alatt 36%-os javulást eredményezett a fittségi paraméterek összességében. A tanulmány kiemelte, hogy a személyi edző szolgáltatását igénybe vevők sokkal jobb eredményt értek el a vizsgált paraméterekben, mint azok, akik nem éltek a lehetőséggel.[6]

Hasonlóan kedvező eredményekről számol be T. W. Storer 30 és 40 év közötti férfi alanyokkal végzett kutatásában, amelyben 3 hónap alatt, heti 3 edzéssel a vizsgált fizikai paraméterekben szignifikáns javulás mutatkozott a kontrollcsoporthoz képest.[7]

A fitnesztermek tagsági díja után a klubok számára a személyi edzésekből befolyó összeg hozza a legnagyobb bevételt. Meglepő módon mégis kevés kutatás foglalkozott a személyi- vagy fitneszedzővel végzett munka hatékonyságával.

Kennedy-Armbruster és mtsai megállapították, hogy a szakképzett személyi edzővel dolgozó kliensek esetében javult a VO_2-érték és csökkentek az ülő életmód káros hatásai az önállóan edző kontrollcsoporthoz képest. A képzett személyi edzővel végzett munka számos előnyei közé tartozik a teljesen személyre szabott edzésprogram, fokozott edzés közbeni motiváció és támogatás a fitnesz és egészségfejlesztési célok elérésében, az ütemezett edzéseknek köszönhetően kialakult következetesség és az állandó szakmai felügyelet.[8]

A KLIENS EGÉSZSÉGÉNEK MEGŐRZÉSE

A témával foglalkozó nemzetközi szakirodalmak és kutatások fontos megállapítása, hogy az edzések közben kimagaslóan fontos a tanítvány egészségének megőrzése és fejlesztése. Ehhez kiemelt jelentőségű a gerinc és az ízületek tudatos védelme, a tartó- és mozgatóapparátus átgondolt és teljes körű fejlesztése. Az edzések előtti alapos bemelegítés, az edzés közbeni mobilizációs és integrált specifikus gyakorlatok (pl. gerinc, vállízület-rotátor-köpeny, csípő) és az edzés végén az egész testre kiterjedő változatos nyújtógyakorlatok szintén elengedhetetlenek. A személyi edzők által az edzéseken leggyakrabban tapasztalt sérülések a derékfájdalom (10,7%), a vállízület-rotátor-köpeny szakadás/íngyulladás (8,9%), a sípcsontfájdalom (8,1%), a bokarándulás (7,5%) és a gerinc elváltozásaiból létrejövő problémák (7,4%) voltak. Nem meglepő, hogy a sérülések 90%-a szabadsúlyokkal végzett edzéskor következett be.[9]

AZ EDZŐVÁLASZTÁST BEFOLYÁSOLÓ SZEMPONTOK

A sportszakmai végzettség és tapasztalat mellett a személyi edző munkáját egy harmadik tényező, az egyénre jellemző ún. interperszonális kompetencia is jelentősen befolyásolja. A tanítvánnyal való jó emberi kapcsolat kialakítása lényeges, hiszen a személyi edző szakmai sikere mellett anyagi szempontból is függ a vendégektől. A cikk szerzője megemlíti ennek olykor árnyoldalát is, hiszen a tanítványok gyakran aktuális személyes problémáikat is az edzővel osztják meg, amely leterhelheti a szakembert, érzelmi, mentális kimerüléshez, egyes esetekben akár depresszióhoz is vezethet.[10]

Az ügyfelek jellemzően olyan edzőt választanak, akiről feltételezik, hogy kellően empatikus, képes hatékonyan motiválni őket a kitűzött cél elérésében és abban, hogy véghezvigyék edzésprogramjukat. Emellett képes támogatni a fogyni, erősödni, fittségüket és egészségüket javítani vágyókat. A kutatás szerint az edző kiválasztásakor fontos szempont még az edző fizikuma is, sokan elsősorban a személyes szimpátia és a külsőségek alapján választanak maguknak személyi edzőt.[11]

Vannak olyan kiemelkedő szakmai színvonalat képviselő wellnessközpontok, ahol az edzők és oktatók internetes és helyi bemutatkozójában részletesen feltüntetik szakmai önéletrajzukat és szakirányú végzettségeiket. Ez segíthet a személyi edző hatékonyabb helyszíni kiválasztásában, de ami még ennél is fontosabb tényező az az, hogy az edző önállóan képes legyen saját magát hatékonyan értékesíteni a fitneszpiacon.

A NŐK FELÜLREPREZENTÁLTSÁGA ÉS A TÚLSÚLYOS KLIENSEK DISZKRIMINÁLÁSA

A nemzetközi kutatások két érdekes megállapítást is tesznek. Az egyik, hogy a nők jellemzően többségben vannak az edzőtermekben: 2005-ben a látogatók 57%-a nő volt.[12] Az erre vonatkozó statisztikák szerint a nők a fitnesztermek és wellnessközpontok látogatói körében, de a fitnesziskolák képzéseinek

résztvevői között is felülreprezentáltak, továbbá azt mutathatják, hogy a nők rendszerint elégedetlenebbek testükkel, mint a férfiak, jobban hisznek a személyi edző által nyújtott szolgáltatásokban, valamint képesek és készek a fejlődés érdekében időt, anyagiakat (stb.) áldozni.
A másik megállapítás, hogy a társadalom a túlsúlyos, különösen az elhízott embereket általában negatív diszkriminációval illeti, ami ront az önértékelésükön, és étkezési zavarokhoz, akár depresszióhoz is vezethet. Ez a csoport tart attól, hogy a fitneszterm ekben és wellnessközpontokban is hasonló atrocitás éri őket, ezért gyakran félnek igénybe venni ezeket a helyszíneket és szolgáltatásokat. A személyi edzők hozzáállásában és munkavégzésében nem található különbség a vendégek testalkatával és fittségi állapotával kapcsolatosan.[12] Az utóbbi időben Magyarországon is egyre több fitneszterem kínál egészségfejlesztő programokat a speciális célcsoportba tartozó vendégek (idősebb korosztály, kismamák, túlsúlyosok) számára is.

ÖSSZEGZÉS

A nemzetközi és a hazai szakirodalom áttekintése alapján arra a megállapításra jutottunk, hogy a nyugati társadalmakban évekkel ezelőtt felmerült problémák napjainkban, szinte közel azonos módon hazánkban is tetten érhetők. A személyi edzések ugyanakkor bizonyítottan jóval hatékonyabb és biztonságosabb lehetőséget kínálnak mindazok számára, akik a fittségi állapotukat és egészségüket fejleszteni szeretnék, ellentétben azokkal, akik az önállóan végzett, gyakran más vendégektől vagy az internetről ellesett jellemzően hibás technikák alkalmazásával edzenek. Ez utóbbi esetben az edzésmunka nem bizonyul hatékonynak, sőt a rossz technikákkal végrehajtott gyakorlatok súlyos egészségi kockázattal is járhatnak az egyénre nézve. Javasoljuk, ha van rá mód minden új fitneszterembe érkező vendég vegyen részt egy fittségi állapotfelmérésen és azt követő néhány alkalommal személyi edzésen is. Ezután a vendég dönthet arról, hogy folytatni kívánja-e a közös munkát az edzőjével, vagy önállóan végzi az edzéseit az adott klubban. Úgy véljük, amennyiben a bemutatkozó edzés sikeres volt, úgy a tanítvány az edzővel történő közös munka mellett dönt. A munkáltatók számára pedig javasoljuk azt, hogy minden esetben kérjék el az edzők szakmai végzettségét igazoló tanúsítványokat, és legyenek tisztában a különböző végzettségek közti olykor igen jelentős tudásbéli különbségekkel.

HIVATKOZÁSOK

[1] McClaran S.R. The effectiveness of personal training on changing attitudes towards physical activity. Journal of Sports Science and Medicine, 2003;2:10-14.
[2] Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Budapest, 2017.
[3] Tánczos Zoltán. Fitnesz és személyi edzés. Krea Fitt Kft., Budapest, 2018.
[4] Melton D., Katula J. A., Mustian K. The Current State of Personal Training: an Industry Perspective of Personal Trainers in a Small Southeast Community, in. Journal of Strength and Conditioning Research; 2008;22(3): 883-889. doi:10.1519/JSC.0b013e3181660dab
[5] Melton D., Dail T.K., Katula J.A. et al. The Current State of Personal Training: Managers' Perspectives, in. Journal of Strength and Conditioning Research, 2010;24(11)/3173-3179.
[6] McClaran S.R. Effectiveness Of Personal Training, in. International Journal Online of Sports Technology & Human Engineering (IJOSTHE), 2014;Volume I, Issue IV.
[7] Storer T.W., Dolezal B.A., Berenc M.N. et al. Effect of Supervised, Periodized Exercise Training vs. Self-Directed Training on Lean Body Mass and Other Fitness Variables in Health Club Members, 2014. doi:10.1519/JSC.0000000000000331
[8] Kennedy-Armbruster C., Shipley M., Yoke M. et al. Personal Training and Fitness Coaching: Do They Really Work? by [www] American Council on exercise, 2015.
[9] Waryasz G.R., Daniels A.H., Gil J.A. et al. Personal trainer demographics, current practice trends and common trainee injuries, in. Orthopaedic Reviews; 2016; volume 8:6600.

[10] Ceren D. “It’s More than Doing Sports Together, You Know. It’s Deeply Personal”: Preliminary Findings of an Ongoing Qualitative Study on the Relationships between Personal Fitness Trainers and Trainees, in. Open Journal of Social Sciences, 2017; 106-114. doi:10.4236/jss.2017.59008
[11] Melton D., Dail T.K., Katula J.A. et al. Women's Perspectives of Personal Trainers: A Qualitative Study, in. Sport J. 2011; 14(1).
[12] Fontana F., Bopes J., Bendixen S. et al. Discrimination against Obese Exercise Clients: An Experimental Study of Personal Trainers, in. International Journal of Exercise Science 2018;11(5): 116-128.

Astana-i Nyilatkozat

Alapellátási világkonferencia – Astana, Kazahsztán 2018. október 25-26.

Declaration of Astana

Global Conference on Primary Health Care - Astana, Kazakhstan 25-26 October 2018

Szerző: Bíróné Asbóth Katalin ✉
Heim Pál Országos Gyermekgyógyintézet

Beküldve: 2018. 02. 18.
doi: 10.24365/ef.v59i6.422

Kulcsszavak: egészségügyi alapellátás; fenntartható fejlődés; nemzeti egészségpolitikák

Keywords: primary health care; sustainable development; national health policies

Az Astana-ban zajlott tanácskozás megerősítette az Alma-Ata-i deklarációban[1] lefektetett célokat, valamint a Fenntartható Fejlődési Agendában[2] 2030-ig megfogalmazott feladatokat.

Alcíme is ezeket a törekvéseket foglalja össze: „Alma-Ata-tól az általános egészségügyi ellátási lefedettség és a fenntartható fejlesztési célok felé”.

A konferencián részt vevő államok és kormányzatok vezetői, miniszterek és más képviselők kijelentették, hogy:

- A kormányok és a társadalmak elsőbbséget biztosítanak, és kiemelt célnak tekintik a lakosság egészségének és jól-létének megvédését, támogatását mind egyéni, mind közösségi szinten – erős egészségügyi ellátórendszeren keresztül.
- Az alapellátás és más egészségügyi szolgáltatások magas színvonalúak, biztonságosak, elérhetőek és megfizethetőek legyenek a lakosság számára – valamint azokat jól képzett, megfelelően gyakorlott, motivált és odaadóan dolgozó szakemberek nyújtsák.
- Egészségmegőrző környezet megteremtése, fenntartása szükséges lakossági elkötelezettség és támogatás segítségével.

A partnereknek és kockázatviselőknek hatékony támogatást kell nyújtaniuk a nemzeti egészségpolitikához, stratégiákhoz, tervekhez.

I. Az Alma-Ata-i deklaráció 40. évfordulóján hangsúlyozták, hogy megkülönböztetés nélkül mindenkinek hozzá kell jutni az egészségügyi szolgáltatásokhoz. Ennek megvalósítása érdekében békére, biztonságra és megfelelő társadalmi-gazdasági fejlődésre van szükség.

II. Az alapellátás megerősítése járul hozzá leginkább a leghatékonyabb módon a testi – lelki egészség és jólét megtartásához – a lakosság teljes lefedettségének biztosításával.

III. Számos népességcsoportnak vannak kielégítetlen egészségi szükségletei, sokak számára igen nagy kihívás az egészség megőrzése – így a szegénységben élők, kiszolgáltatott helyzetben levők számára különösen. Fokozott figyelmet kell fordítani továbbra is a nem fertőző betegségek növekedő arányára – melyek kialakulásában szerepe van a dohányzásnak, alkoholfogyasztásnak, egészségtelen életmódnak, elégtelen testmozgásnak és nem megfelelő táplálkozásnak. Ezek kedvezőtlen hatását tovább fokozzák a járványok, erőszak, háborúk, klímaváltozás, természeti katasztrófák, extrém időjárási jelenségek.

Az ülés résztvevői hangsúlyozták, hogy:

IV. Minden politikában csökkenteni kell a kockázatokat – tekintetbe véve az egészség társadalmi, gazdasági és környezeti meghatározóit.

V. Fenntartható alapellátási szolgáltatás kiépítése elengedhetetlen a prevenció, az egészségfejlesztés, a közegészségügy javítása, az első kontaktus felvétele érdekében egyaránt. Az alapellátás magában foglalja a védőoltásokat, szűréseket, anya-csecsemő gyermek- és ifjúságellátást, szexuális és reproduktív egészséget, mentális egészséget. Az alapellátás folyamatos és integrált szolgáltatásokat jelent, elérhető és megfizethető kell, hogy legyen.

VI. Meg kell erősíteni az egyéneket és a közösségeket azáltal, hogy bevonják őket az egészségüket érintő döntésekbe, növelik az egészségértésüket, a szolidaritást, az emberi jogok érvényesülését, az átláthatóságot és az egészséget támogató környezet kialakítását.

VII. A társadalom minden szereplőjének támogatnia kell a nemzeti egészségpolitikákat, stratégiákat és terveket.

A sikeres alapellátás húzóerejét a következő tényezők képesek biztosítani:

Tudás- és kapacitásfejlesztés révén megfelelő ellátást nyújtanak a megfelelő időben és a megfelelő szinten. A szakellátás elérhetőségének biztosítása megvalósul a ritkán lakott és hátrányos helyzetű térségekben. Technológiai fejlesztés valósul meg a monitoring-, surveillancerendszerben. A lakosság képviselőit bevonják a szükségletek feltárásába és az ellátások tervezésébe. Finanszírozást biztosítanak az alapellátás fejlesztésére és az ellátás folyamatosságának fenntartása.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egészségügyi szolgáltatások alappillére a múltban, a jelenben és a jövőben is az alapellátás kell, hogy legyen. Innen indul a prevenciós szemlélet és gyakorlat, ez a színtere a szűrővizsgálatokon való részvételre motiválásnak, a szűrővizsgálatok végzésének, a védőoltások beadásának, illetve a feltárt betegségek időben megkezdett kezelése is legtöbbször a háziorvos, házi gyermekorvos kezdeményezésével, koordinálásával zajlik. Az utóbbi években több fejlesztési projekt[3,4] tűzte ki célul Magyarországon is az egészségügyi alapellátás egyes tevékenységeinek hatékonyabbá tételét, jobb együttműködések kialakítását a lakossággal és más szakemberekkel egyaránt. Ezen programok megvalósítása - összhangban az Astana-i Nyilatkozattal - lehet pozitív változások elindítója mind a lakosság egészségi állapotában, mind a szolgáltatások terén.

HIVATKOZÁSOK

[1] https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Elérve: 2019.02.05.
[2] http://ensz.kormany.hu/a-2030-fenntarthato-fejlodesi-keretrendszer-agenda-2030- Elérve: 2019.02.05.
[3] https://www.oki.hu/projektek/egeszsegugyi-ellatorendszer-szakmai-modszertani-fejlesztese Elérve: 2019.02.05.
[4] https://www.aeek.hu/-/sh-8-1-svajci-magyar-egyuttmukod-1?inheritRedirect=true Elérve: 2019.02.05.

Cikkismertetés: Egy dán egészségtámogató iskolai intervenciós program megvalósulásának értékelése

Article review: Process evaluation of implementation fidelity in a Danish health-promoting school intervention

Ismertető: Varga-Nagy Veronika ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Ismertetett cikk: Ane HØstgaard Bonde, Nanna Wurr Stjernqvist, Marianne S. Sabinsky, Helle Terkildsen Maindal: 2018 december 27., BMC Public Health online, https://doi.org/10.1186/s12889-018-6289-5

Beküldve: 2019. 02. 01.
doi: 10.24365/ef.v60i1.416

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; iskola; komplex intervenció

Keywords: health promotion; school; complex intervention

A tanulmány a ,,*We Act*" elnevezésű, átfogó, a gyerekeket, a tanárokat és a szülőket egyaránt bevonó dán iskolai egészségtámogató intervenció hatékonyságát vizsgálta. A program célja, hogy javítsa a tanulók étkezési szokásait, fizikai aktivitását, jóllétét, illetve szociális készségét. Ennek eléréséhez az ,,*Investigation, Vision, Action & Change*" (IVAC) oktatási módszert alkalmazták, melynek keretében a gyermekeket az egészséges iskolai és otthoni környezet kialakításában való aktív közreműködésre sarkallták.

A program fő elemei:

1. ,,*Investigation*" (vizsgálat) – az első fázis a gyerekek táplálkozásának és fizikai aktivitásának felmérése táplálkozási napló és lépésszámláló segítségével.
2. ,,*Vision*" (elképzelés) – a második szakaszban a tanulók kidolgozzák a saját iskolai egészségtámogató akcióterveiket, és azt bemutatják az egész iskola előtt.
3. ,,*Action & Change*" (akció és változás) – zárásként a gyerekek megvalósítják az említett terveket az intézmény, a tanárok és a szülők támogatásával.

Az iskolai oktatásba fonódó elemek mellett a program része a szülők hiteles tájékoztatása az egészséges életmóddal kapcsolatban szórólapok és közösségi felületek segítségével, valamint szakmai műhelyek szervezése és egy intézményi egészségbizottság felállítása.

A kutatók az értékelés során az Orvosi Kutatóbizottság *(The Medical Research Council)* új irányelvét vették alapul. Ennek mentén kérdőíveket töltettek ki a résztvevő gyerekekkel és azok szüleivel, valamint interjúkat készítettek és helyszíni megfigyelést is végeztek, így biztosítva a hatékonyságot befolyásoló tényezők komplex vizsgálatát.

A program részei közül az ,,akció és változás" fázis bizonyult a legkevésbé, a ,,vizsgálat és elképzelés" pedig a leginkább működőképesnek. A tanárok véleménye szerint a lépésszámlálás és a táplálkozási naplók kitöltése volt a leginkább beilleszthető a tanórákba. Nagyon motiválta a diákokat, hogy bemutathatták az egészségtámogató akciótervötleteiket, ugyanakkor a lelkesedésüktől és a kezdeti sikerektől függetlenül ezeket az ötleteket sajnos nem sikerült hosszú távon fenntartani egyik iskolában sem.

A hatékony működést befolyásoló környezeti tényezők közül a szülők bizonyultak a legnagyobb kihívásnak, akik jellemzően sem a program megvalósításában, sem az eredmények mérésében nem vettek részt aktívan.
Problémát jelentett továbbá, hogy az iskola vezetésének támogatása nem volt teljes körű. A bevont tanárok csupán kevesebb, mint fele értékelte pozitívan a programot. Legtöbben úgy ítélték meg, hogy az nem igazán illeszthető bele az iskolai tantervbe.
A vizsgálat során a kutatók összességében azt tapasztalták, hogy bár a program széleskörű, több környezeti tényezőt is figyelembe vesz, hatása mégsem volt kifejezetten mérhető. Feltételezésük szerint a hatékonyságot növelhetné a munkában résztvevő oktatók alaposabb, hosszabb ideig tartó felkészítése.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Habár a ,,*We Act*" egy evidenciákon alapuló, a gyerekeket, a tanárokat és a szülőket egyaránt bevonni kívánó egészségtámogató program, hosszú távon a módszer mégsem tudott jelentős változásokat eredményezni. A kutatók ennek okát többek között az iskolák és a tanárok rövid felkészítési idejében vélik felfedezni. A tanulmány rávilágít arra is, hogy ahogy az más hasonló iskolai egészségtámogató intervencióknál is megfigyelhető, a program működésében a legnagyobb kihívást a szülők bevonása jelenti, illetve kulcsfontosságú, hogy az adott intézmény vezetősége mennyire támogató.

Cikkismertetés: A házi készítésű ételeket nagy és kis mennyiségben fogyasztó egyének táplálkozási jellemzőinek összehasonlítása egy egységes, minőségi étrendet követő csoport körében: a nagy-britanniai Nemzeti Táplálkozás és Tápláltsági Állapot vizsgálat keresztmetszeti elemzése (2008-2016)

Article review: Comparison of individuals with low versus high consumption of home-prepared food in a group with universally high dietary quality: a cross-sectional analysis of the UK National Diet & Nutrition Survey (2008–2016)

Ismertető: Skerlecz Petra ✉
Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Ismertetett cikk: Chloe Clifford Astbury, Tarra L. Penney, Jean Adams. Comparison of individuals with low versus high consumption of home-prepared food in a group with universally high dietary quality: a cross-sectional analysis of the UK National Diet & Nutrition Survey (2008–2016). International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2019;16:9
DOI: 10.1186/s12966-019-0768-7 https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-019-0768-7

Beküldve: 2019. 01. 29.
doi: 10.24365/ef.v60i1.411

Kulcsszavak: otthon készített étel; főzés; jártasság a főzésben; DASH; a táplálkozás minősége

Keywords: home-prepared food; cooking; cooking skills; DASH; diet quality

Az egészséges táplálkozás rendkívül fontos a különböző krónikus betegségek, valamint a túlsúly és elhízás megelőzése szempontjából. Korábbi kutatások szerint a különböző, táplálkozással kapcsolatos betegségek megjelenésének növekvő tendenciája egyenes arányban áll a nem házi készítésű ételek fogyasztási gyakoriságának növekedésével. Az említett ételek preferálása, valamint az ételkészítéssel töltött idő hiánya pedig összefüggésbe hozható a káros táplálkozási szokások megjelenésével és a későbbi egészségügyi problémák kialakulásával. Ezzel szemben a legújabb vizsgálatok arra is rámutattak, hogy a készen vásárolt ételek beltartalmi értékei gyakran közelebb állnak az egészséges táplálkozási ajánlásokban megfogalmazottakhoz, mint az otthon elkészített fogásoké, és a házi készítésű ételek fogyasztásának egészségre gyakorolt hatása nagyban függ a felhasznált alapanyagok minőségétől. Ebből kifolyólag az ismertetett vizsgálat elsődleges célja az volt, hogy megfigyeljék, a házi készítésű ételek előnyben részesítése a készen megvásárolhatóhoz képest milyen mértékű szerepet tölt be az egyén táplálkozásának minősége szempontjából. Emellett, a napi energiaigényüket kis vagy nagy arányban házi készítésű ételekből fedező személyek táplálkozási sajátosságait és tápanyag-beviteli értékeit is összehasonlították.

A tanulmány a 2008 és 2016 között, Nagy-Britanniában végzett nemzeti Táplálkozás és Tápláltsági Állapot vizsgálat keresztmetszeti elemzése, melyben felmérték a résztvevők testtömegét és testmagasságát, szocio-demográfiai helyzetét, fizikai aktivitását, valamit egy négy napos étkezési napló segítségével a vizsgált személyek táplálkozási szokásait. A táplálkozás minőségét a magas vérnyomás megelőzésére kidolgozott *Dietary Approaches to Stopping Hypertension* (DASH) diéta irányelvei

alapján, pontrendszer segítségével értékelték. A kapott pontok függvényében az egyéneket három csoportba sorolták, a legtöbb pontot elértek táplálkozási szokásai feleltek meg leginkább a DASH diéta alapelveinek. A válaszadókat a szerint is kategorizálták, hogy napi energiaszükségletük mekkora részét fedezik házi készítésű ételekből. Ez alapján szintén három egységet képeztek (kis, közepes és nagy arányban). A vizsgált részminta (n=1063) alanyai azon személyek közül kerültek ki, akik táplálkozási szokásai leginkább megfeleltek a DASH diétában leírtaknak és napi energiaszükségletüket csak kis (n=442) vagy nagy (n=621) arányban fedezték az otthon készített ételekből. Az adatok elemzése lineáris és logisztikus regresszió módszerével történt (p=0,05).

A vizsgálat eredményeit tekintve elmondhatjuk, hogy a napi energiaigényüket csak kis arányban házi készítésű ételekből fedezők idősebbek és alacsonyabb iskolai végzettségűek voltak, az energiaszükségletük nagy részét házi készítésű ételekből biztosítókhoz képest. A DASH diéta irányelveinek betartása alapján kapott átlagos pontszám, a napi energiabevitel (kcal), valamint a túlsúly és elhízás előfordulási gyakoriságának szempontjából, nem volt szignifikáns eltérés a két csoport között. A DASH diétában megfogalmazott étrendi ajánlásokat tekintve, az energiaigényük csak kis részét házi készítésű ételekből fedező csoport tagjai nagyobb mennyiségben fogyasztottak cukrot, édességeket, csokoládét, rágcsálnivalókat és nátriumot, ugyanakkor a gyümölcsök, alacsony zsírtartalmú tejtermékek és teljes kiőrlésű gabonafélék bevitele is magasabb volt körükben. A zöldségek, vörös húsok és feldolgozott húsáruk fogyasztása viszont a másik csoport tagjai között volt jelentősebb.

Az adatok felhívják a figyelmet arra, hogy a készen vásárolható élelmiszerek esetében a jövőben további cukor- és sótartalom korlátozó intézkedésekre lenne szükség. Az eredmények alapján azt is elmondhatjuk, hogy a házi készítésű ételek előnybe helyezése, a készen vásárolható termékekhez képest nem feltétlenül áll összefüggésben a jó minőségű táplálkozással. Ebből kifolyólag az otthoni ételkészítés népszerűsítése mellett, olyan intézkedések bevezetésére is szükséges lenne, amelyek az egészséges táplálkozás irányelveinek szélesebb körű megismertetését szorgalmazzák.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Ahogy a korábbi kutatásokból is kiderült, a házi készítésű és készen megvásárolható ételek fogyasztásának egészségre gyakorolt hatása rendkívül komplex vizsgálati terület. Ennek elsődleges oka, hogy egy étel vagy élelmiszer makro- és mikrotápanyag tartalmát, valamint beltartalmi jellemzőit legnagyobb mértékben az elkészítéséhez felhasznált alapanyagok minősége határozza meg. Figyelembe véve a tradicionális magyarországi táplálkozási szokásokat, a házi készítésű élelmiszerek fogyasztásának propagálása mellett fontos lenne hangsúlyozni az egészséges táplálkozás jelentőségét és főbb irányelveit, valamint az egyéni döntés és felelősségvállalás szerepét a táplálkozás tekintetében.

Cikkismertetés: A szénhidrátok minősége és az emberi egészség: a témában megjelent áttekintő tanulmányok és metaanalízisek

Article review: Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses

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

Ismertetett cikk: Andrew Reynolds, Jim Mann, John Cummings, Nicola Winter, Evelyn Mete, Lisa Te Morenga: Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses, The Lancet; 2019, 393(10170):434-445. doi:10.1016/S0140-6736(18)31809-9

Beküldve: 2019. 02. 01.
doi: 10.24365/ef.v60i1.415

Kulcsszavak: krónikus nem fertőző megbetegedések; szénhidrátok; élelmi rostok; teljes kiőrlésű gabonafélék; táplálkozási ajánlások

Keywords: non-communicable diseases; carbohydrates; dietary fibre; whole grains; dietary guidelines

A tanulmány az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával valósult meg a szénhidrátokra vonatkozó jelenlegi táplálkozási ajánlások felülvizsgálata céljából. A témában megjelent eddigi felmérések általában vagy csak az egyszerű cukrok egészségre gyakorolt hatását vizsgálták (például, a fogszuvasodás, a túlsúly és az elhízás vonatkozásában), vagy csak limitált klinikai eredményeket adtak. A táplálkozási ajánlások ennek megfelelően alapvetően az étkezési cukrok bevitelének csökkentését célozzák meg, és kisebb hangsúlyt fordítanak az egyéb szénhidrát komponensek, mint például a keményítők vagy az élelmi rostok szerepére.

A szerzők az eddig megjelent tanulmányok elemzésével világítanak rá arra, hogy milyen összefüggés figyelhető meg az elfogyasztott szénhidrátok minősége és a krónikus nem fertőző megbetegedések előfordulása, kockázati tényezői és a halálozás között. A 2018. február 28-ig összegyűjtött publikációk elemzésével a következő kimagasló adatmennyiséghez jutottak: 185 prospektív vizsgálat által közel 135 millió személyév, az 58 klinikai vizsgálat által 4635 felnőtt vizsgálati személy.

A szénhidrátok minőségének meghatározása során figyelembe vették például az élelmi rosttartalmat, a teljes kiőrlésű gabonafélék fogyasztását (mert a legkiemelkedőbb élelmirost-források), valamint a glikémiás index és a glikémiás terhelés mértékét.

Az elemzések alapján megállapítható, hogy a legmagasabb élelmirost-fogyasztók körében 15-30%-os csökkenés figyelhető meg az össz- és a szív-érrendszeri megbetegedésekből eredő halálozás, a koszorúér betegségek, az agyvérzés, a 2-es típusú cukorbetegség és a vastagbéldaganat előfordulási gyakoriságában, szemben a legalacsonyabb élelmirost-fogyasztókkal. Ezeket az eredményeket

támasztották alá a klinikai vizsgálatok eredményei is: a magasabb rostfogyasztóknál alacsonyabb testtömeg, alacsonyabb szisztolés vérnyomás és összkoleszterin érték volt megfigyelhető. Az összes tanulmányt figyelembe véve, a dózis-válasz görbe elemzések alapján megállapítható, hogy a rostbevitel növelésével arányosan nagyobb lesz a védelem a szív-érrendszeri megbetegedésekkel, a 2-es típusú cukorbetegséggel, a vastagbél-, nyelőcső- és az emlőrákkal szemben egyaránt. Az eredmények hasonlóak voltak a teljes kiőrlésű gabonafélék fogyasztásának megfigyelése során is. Azonban a glikémiás index vagy a glikémiás terhelés vizsgálatakor csak kismértékű kockázatcsökkenés, vagy a kockázatcsökkenés hiánya volt megfigyelhető.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az elemzés meggyőző bizonyítékot szolgáltat arra vonatkozóan, hogy a rostdús táplálkozás jelentős pozitív hatással van az egészségi állapotra, ezért a népegészségügy területén is kiemelkedő figyelmet kell fordítani erre. Az eredmények tükrében a táplálkozási ajánlásokban hangsúlyozni szükséges, hogy az élelmirostbevitel érje el a legalább 25-29 gramm/nap mennyiséget, emellett a teljes kiőrlésű gabonafélék nagyobb arányú fogyasztása, és a finomított szénhidrátok bevitelének csökkentése javasolt.

Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz

Article review: Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016

Ismertetők: Pál László ✉, Szűcs Sándor
Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet

Ismertetett cikk: GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018 Sep 22;392(10152):1015-1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.

Beküldve: 2018. 12. 19.
doi: 10.24365/ef.v60i1.388

Kulcsszavak: alkoholfogyasztás; globális betegségteher; egészségkockázat

Keywords: alcohol consumption; global disease burden; health risk

A TANULMÁNY CÉLJA

Az alkoholfogyasztás összetett hatással van egészségünkre. Epidemiológiai vizsgálatok alapján a túlzott szeszesital-fogyasztás 60 akut és krónikus megbetegedés kockázati tényezője. Ugyanakkor több tanulmány szerint a mérsékelt alkoholbevitel csökkentheti az iszkémiás szívbetegség, és a diabétesz kialakulásának esélyét. Egyes közelmúltban végzett kutatások azonban megkérdőjelezik az alkoholfogyasztás egészségre gyakorolt pozitív hatásait. Eredményeik alapján a korábban végzett vizsgálatok gyakran zavaró tényezővel terheltek, mint például túlélési torzítás, vagy a nem regisztrált alkoholfogyasztás hatásának figyelmen kívül hagyása. Szintén nehezíti a szeszesital-fogyasztással járó egészségkockázatok pontos meghatározását az, hogy az elfogyasztott alkohol mennyiségétől és fogyasztási gyakoriságától függően az etanol eltérően befolyásolja az egyes szervek, szervrendszerek működését. Számos korábbi kutatás tett már kísérletet az alkoholfogyasztással járó kockázatok és betegségteher meghatározására, azonban az ezeknél alkalmazott módszertan csak korlátozott becslésekre volt alkalmas. Ezért a szemlében bemutatott kutatás célja, hogy a korábbi eredményekre alapozva az eddiginél jobb becslést nyújtson az alkoholbevitellel összefüggő betegségteherről a világ 195 országában, a 15-95 éves férfi és női korosztályra, 1990 és 2016 között.

MÓDSZER

A szerzők az eddigiektől eltérő, új módszerek alkalmazásával több zavaró tényező hatását is figyelembe veszik elemzésükben, hogy pontosabb képet adjanak az alkoholfogyasztás által okozott betegségteherről. A kutatásban feldolgozott adatok globálisan, valamint az egyes országok szociodemográfiai indexe (SZDI – magas SZDI, átlag feletti SZDI, átlagos SZDI, átlag alatti SZDI, alacsony SZDI) szerint kerülnek bemutatásra. A SZDI egy ország fejlettségét jellemző mutató, ami magába foglalja az oktatás hozzáférhetőségét, a fertilitást, és az egy főre jutó jövedelmet.

EREDMÉNYEK

Globális és regionális alkoholfogyasztás

A világ lakosságának 32,5%-a (2,4 milliárd fő) fogyasztott rendszeresen szeszesitalt 2016-ban. Az alkoholfogyasztás nemenkénti prevalenciája nőknél 25% (0,9 milliárd fő), míg férfiaknál 39% (1,5 milliárd fő) volt. A naponta elfogyasztott standard szeszesitalok (1 standard szeszesital 10 g etanolt tartalmaz) mennyisége azonban régiónként és nemenként jelentősen eltért. A magas SZDI-vel rendelkező országokban a naponta megivott standard italok átlagos száma nőknél 1,9, míg férfiaknál 2,9 volt. Az alacsony SZDI kategóriába sorolt államokban alacsony volt az elfogyasztott szeszesitalok átlagos mennyisége nőknél (0,3 ital/nap) és férfiaknál (1,4 ital/nap) egyaránt.

Az alkoholfogyasztással összefüggő halálozás és betegségteher

A tanulmányban bemutatott eredmények szerint 2016-ban világszerte 2,8 millió haláleset állt összefüggésben az alkoholfogyasztással. Ez nőknél a korra standardizált halálozás 2,2%-a, illetve férfiaknál a 6,8%-a. A szeszesitalok fogyasztásával kapcsolatos egészségkárosodással korrigált életévek a teljes globális betegségteherhez nőknél 1,6%-kal, míg férfiakkal 6,0%-kal járultak hozzá. A korai halálozás és rokkantság rizikótényezői közül az alkoholfogyasztás világszinten a hetedik volt 2016-ban. Ezzel szemben a 15-49 éves korcsoportban már az alkoholfogyasztás volt a vezető kockázati tényező, nőknél a teljes betegségteher 2,3%-áért, férfiaknál 8,9%-áért volt felelős. A 15-49 éves korosztályban a nőknél bekövetkezett halálozások 3,8%-a, míg férfiaknál 12,2%-a állt összefüggésben a szeszesitalfogyasztással. A vezető halálokok ebben a korcsoportban a tuberkulózis (1,4%), a közlekedési balesetek (1,2%), és az önsértés (1,1%) voltak.

Alkoholfogyasztással kapcsolatos egészségkockázat

Az elemzett adatok alapján a szerzők szignifikáns J-alakú összefüggést találtak az alkoholbevitel és az iszkémiás szívbetegség kialakulásának kockázata között. Ebben az esetben a legalacsonyabb relatív kockázat (RK) férfiaknál 0,83 (RK: 0,86), nőknél 0,92 (RK: 0,82) standard szeszesital elfogyasztását követően fordult elő. Minden más vizsgált kimenetel esetében, ideértve a daganatos megbetegedéseket is, az RK a naponta elfogyasztott alkohol mennyiségével lineárisan növekedett. A szerzők a szeszesitalfogyasztás pozitív és negatív hatásainak figyelembe vételével súlyozott RK-t számítottak. Ennek alapján megállapították, hogy nulla annak a legkisebb mennyiségű standard szeszesitalnak a száma, amit még az egészségkárosodás veszélye nélkül naponta el lehet fogyasztani.

KÖVETKEZTETÉS

A globális betegségteher egyik legfontosabb rizikótényezője az alkoholfogyasztás, mely a 15-49 éves korosztályban a halálozások közel 10%-áért felelős. A kutatás eredményei igazolták, hogy nincs biztonságos alkoholfogyasztás. Ezért a szeszesitalfogyasztás csökkentését elősegítő egészségpolitikai intézkedések a leghatékonyabbak az alkohol által okozott betegségteher mérséklésére.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A Globális Betegségteher Vizsgálat alapján nincs biztonságos alkoholfogyasztás. A mérsékelt alkoholbevitel egészségre gyakorolt pozitív hatásai elhanyagolhatók az azzal összefüggő betegségteherrel szemben. Ezek alapján azokat a népegészségügyi intézkedéseket kell előnyben részesíteni, melyek célja az elfogyasztott alkohol mennyiségének csökkentése.

Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018

Article review: Global status report on alcohol and health 2018

Ismertető: Virág Márk ✉
Pécsi Tudományegyetem Orvosi Népegészségtani Intézet

Ismertetett cikk: Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

Beküldve: 2019. 02. 04.
doi: 10.24365/ef.v60i1.421

Kulcsszavak: alkohol; alkoholfogyasztás; alkoholfogyasztás hatásai; alkoholfogyasztás elleni intézkedések

Keywords: alcohol; alkohol consumption; effects of alcohol consumption; alcohol interventions

BEVEZETÉS

Minden jól és kevésbé ismert káros hatása ellenére, az alkoholfogyasztás számos kultúra, vallás és szociális szokás részét képezi, hazánkban éppúgy, mint a világ sok más országában. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2018-ban kiadott egy globális helyzetjelentést az alkoholfogyasztásról és annak egészségre gyakorolt hatásáról. A teljesség igénye nélkül az alábbiakban ebből a beszámolóból emelnék ki néhány gondolatot.

1. Fejezet: A káros alkoholfogyasztás csökkentése: kulcs a fenntartható fejlődéshez

A káros alkoholfogyasztás világszerte egyike a vezető kockázati tényezőknek az emberek egészségére nézve. Negatív hatással van fertőző (pl.: HIV, vírusos hepatitisz, tuberkulózis) és nem fertőző betegségekre (pl.: bizonyos daganatok, kardiovaszkuláris betegségek, mentális betegségek), sérülésekre és mérgezéses állapotokra. Fontosnak érzem megemlíteni, hogy mindezen káros hatások mellett az alkohol gyakran egyéb pszichoaktív szerekkel együtt kerül fogyasztásra, és a dohányfüggőséggel is erős kapcsolat mutatható ki.
Megemlítendő továbbá, hogy a felmérések szerint adott mennyiségű rendszeres alkoholfogyasztás nagyobb károkat okoz a szegényebb néprétegbe tartozó embereknek és családjuknak, mint a tehetősebbeknek.
A Fenntartható Fejlődési Keretrendszer 2030 (Agenda 2030) részeként kitűzött célok majdnem mindegyike közvetlen vagy közvetett kapcsolatban áll a káros alkoholfogyasztással, ami szintén jelzi a helyzet jelentőséget.

2. Fejezet: Globális stratégiák, akciótervek és követő rendszerek

A globális és országonkénti monitorozás az alapja a hatékony intervenciónak. A célnak megfelelő monitorozásnak három kulcsindikátora az alkohol fogyasztás mértéke, az egészségi állapotra és a szociális életre gyakorolt hatás, valamint az intézkedések hatásának a nyomon követése. Fontos, hogy ügyeljünk a különböző országokban gyűjtött adatok összehasonlíthatóságára. A próbálkozások ellenére

a nemzeti szintű felmérések számára továbbra is kihívást jelent a kereskedelmi forgalomban nem megjelenő alkohol, mint pl. a házilag készített szeszes italok.
A legköltséghatékonyabb preventív intézkedések közé tartozik az alkoholos árucikkek árának növelése, az alkohol reklámok kitiltása a különböző médiákból, és a fizikai elérhetőség korlátozása.

3. Fejezet: Alkoholfogyasztás

Körülbelül 2,3 milliárd ember fogyaszt rendszeresen alkoholt világszerte. 2010-ben a 15 éves vagy annál idősebb populációt figyelembe véve az egy főre jutó évente elfogyasztott tiszta szesz mennyisége 6,4 liter, ami 2005 óta 0,9 literrel emelkedett.
2000 óta szinte minden régióba nőtt az elfogyasztott alkohol mennyisége. Annak ellenére, hogy a globális trendekkel szemben az európai régióban 12,3-ról 9,8 liter tiszta szeszre csökkent az egy főre jutó éves alkoholfogyasztás mértéke, még mindig ebben a régióban mérhető a legnagyobb érték. Európa szintén élen jár a 15-19 éves korosztály alkoholfogyasztását illetően, ebben a régióban 26,5%-ra tehető a rendszeres alkoholfogyasztók száma.
Ha a szeszes italok típusa alapján csoportosítjuk az elfogyasztott alkoholt világszerte, akkor annak 44,8%-a égetett szesz, 34,3%-a sör, 11,7%-a pedig bor.
A felmérések szerint mindegyik WHO régóban kevesebb az alkoholfogyasztó nő, mint férfi, és jellemzően alkalmanként is kevesebb alkoholt isznak férfitársaiknál. Az országok „gazdagsága” viszont nem mutat összefüggést lakóik alkoholfogyasztásának gyakoriságával.
Az ”alkalmi nagy ivás” (alkalmanként minimum 60 gramm tiszta szesz, havonta legalább egyszer) prevalenciája világszerte csökkenő tendenciát mutat. 2000-ben még a teljes populáció 22,6%-a tartozott ebbe a csoportba, míg 2016-ban már csak 18,2%. Viszont a rendszeres alkoholfogyasztók között számuk továbbra is magas, főleg a kelet európai és subszaharai régióban. Arányuk a serdülők (15-19 év) között kisebb, csúcsértékét a 20-24 éves korosztályban éri el, ami a korcsoport szociális szokásait figyelembe véve talán nem is olyan meglepő.

4. Fejezet: Egészségre gyakorolt hatás

2016-ban a káros alkoholfogyasztás, kb. 3 millió ember halálát okozta (összes halálozások 5,3%-a), és 132,6 millió elvesztett egészséges életévet (ELÉV, angolul: DALY) eredményezett. Az alkoholnak tulajdonítható halálozások 28,7%-a baleset, 21,3%-a emésztőrendszeri betegség, 19%-a kardiovaszkuláris betegség, 12,9%-a fertőző betegség, 12,6%-a pedig rosszindulatú daganat következménye volt. Az említett ELÉV-ek 49%-át nem fertőző betegség és mentális zavarok, 40%-át pedig sérülések okozták.

5. Fejezet: Irányvonal, intézkedések

A káros hatású alkoholfogyasztás, a fizikai és szociális ártalmak fő megelőzhető kockázati tényezői közé tartozik. Éppen ezért számos törvény, jogszabály irányul korlátozására nemzeti, regionális és globális szinten egyaránt. A korlátozások mértéke országonként gyakran igen eltérő. Ennek szemléltetésére kiemelnék néhány példát az ismertetett beszámolóból.
Az országok többségében az ittas vezetés megelőzésére véralkoholszint-határt vezettek be. Jellemzően 0,05%-os ez az érték, de számos országban 0,08% vagy egyáltalán nincs ilyen jellegű korlátozás.
A fiatalkorúak alkoholfogyasztásának megakadályozására több országban életkori megszorítások vannak érvényben. Ez legtöbb esetben 18 éves kort jelent, amit gyakoriságban a 21 majd 16 éves életkori megkötés követ.
Alkoholos italnak a 0,5% feletti alkoholtartalmú italok számítanak. A monitorozó rendszerek az elfogyasztott alkohol mennyiségére és az egészségkárosító hatások feltérképezésére fókuszálnak, és kevésbé érintik a szociális következmények illetve a megelőző intézkedések felmérését.
A leghatékonyabb preventív beavatkozásnak az alkoholtartalmú italok árának emelése, a hozzájutás lehetőségének korlátozása és a marketingtevékenység szabályozása bizonyultak.

6. Fejezet: A káros alkoholfogyasztás csökkenése

A néhány pozitív globális trend ellenére, az alkoholhoz köthető morbiditás és mortalitás tekintetében, az egy főre jutó alkoholfogyasztást világviszonylat-

ban továbbra sem sikerült mérsékelni.
A hatásos fellépést hátráltató tényezők között szerepelhet a gyenge politikai elköteleződés ennek a számos területet érintő probléma megoldásának koordinálására, amit az alkohol előállítása és árusítása mögött meghúzódó gazdasági érdekek, a népességbe erősen beivódott és alkoholhoz köthető kulturális szokások magyarázhatnak.
A káros alkoholfogyasztás visszaszorításának egyik fontos lehetősége, hogy építsünk a fiatalok alkoholfogyasztásának visszaszorítására és a populáció egészségtudatosságának növelésére.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A WHO közleményéből is látszik, Magyarország egyértelműen a legtöbb alkoholt fogyasztó régió része, és a felsorolt egészségkárosodások is szép számban megfigyelhetők hazánkban. Mindezek felhívják a figyelmet arra, hogy a káros alkoholfogyasztás visszaszorítása egy fontos és sürgető népegészségügyi feladat, ahogy a világ többi részén, éppúgy Magyarországon is.

Cikkismertetés: Betegségteher és a mentális zavarok kezelésére fordított állami kiadások: az amerikai egészségügyi rendszer válaszlépéseinek keresztmetszeti és ökológiai vizsgálata

Article review: Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas

Ismertető: Czér Polla ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Ismertetett cikk: Daniel V Vigo, Devora Kestel, Krishna Pendakur, Graham Thornicroft, Rifat Atun. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30203-2.

Beküldve: 2019. 02. 02.
doi: 10.24365/ef.v60i1.420

Kulcsszavak: mentális egészség; mentális zavarok; betegségteher

Keywords: mental health; mental disorders; burden of diseases

HÁTTÉR

A mentális egészség zavarai rendkívül komplex kihívást jelentenek, tekintettel a magas gyakoriságra, a korai elhalálozással való összefüggésre, és arra a tényre, hogy a nem fertőző betegségek közül ez a betegségcsoport jár a legnagyobb betegségteherrel. Ennek ellenére a mentális zavarokhoz kötődő stigma, a korszerűtlen kezelési módszerek és a szervezeti széttagoltság miatt az egészségügyi rendszer mentális zavarokra adott válaszai nem megfelelőek, intézkedései alulfinanszírozottak és hatástalanok, ez pedig a betegségteher és az egészségügyi kiadások közötti egyensúly megbomlásához vezet.

A cikk szerzőinek célja az volt, hogy megbecsüljék a mentális, a neurológiai és a szerhasználattal összefüggő zavarok, valamint az önkárosítás (*mental, neurological and substance use disorders and self-harm: MNSS*) okozta betegségterhet az amerikai kontinensen, és megvizsgálják, hogy a mentális egészségügyi szolgáltatásokra fordított kiadások mennyiben változnak az adott ország gazdasági teljesítményéhez viszonyítva.

MÓDSZEREK

A mentális betegségteher felmérésének hagyományos módszerei az olyan módszertani korlátok miatt, mint például a pszichiátriai és az idegrendszeri zavarok önkényes szétválasztása, vagy a személyiségzavarok és az önsértés kategóriájának a mentális zavarokon kívüli mérése, sokszor a mentális betegségek okozta teher pontatlan megbecsléséhez vezetnek. Ennek a kutatásnak az újszerűségét az adja, hogy speciális neurológiai megbetegedéseket (Alzheimer-kór, epilepszia, tenziós fejfájás, migrén), továbbá az önsértést és az öngyilkosságot is belefoglalta a mentális betegségteher vizsgálatába.

A kutatásban 30 amerikai ország szerepel, ez a teljes amerikai populáció 87%-át fedi le. A betegségteherrel kapcsolatos 2015-ös adatokat a Global Health Data Exchange adatbázisából nyerték ki. Országonként a teljes állami egészségügyi kiadásokból a mentális egészségre fordított kiadások arányát, valamint a mentális egészségre fordított kiadásokból a pszichiátriai intézeteknek jutó összegek arányát a WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems és a WHO Mental Health Atlas adataiból gyűjtötték össze.

EREDMÉNYEK

A tanulmány szerint 2015-ben globális szinten az MNSS az elveszett egészséges életévek (ELÉV; disability-adjusted life years – DALY) 12 százalékát tette ki, míg a mentális egészségre fordított kiadások átlagosan az állami egészségügyi kiadások mindössze 2%-át képezték. Az alacsony jövedelmű országokban az egészségügyi költségvetés mintegy 0,5%-át fordították mentális egészségügyi szolgáltatásokra, míg a magas jövedelmű országokban a költségvetés körülbelül 5,1%-át.
Az amerikai kontinensen az MNSS az elveszett egészséges életévek 19%-át teszi ki, a mentális egészségre fordított állami egészségügyi kiadások ezzel szemben a globális trendekhez hasonlóan a mentális betegségteherhez képest itt is alacsonyak voltak (medián: 2,4%), amely összegek nagy részét a pszichiátriai intézetek kapták (80%).

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás eredményei jól szemléltetik, hogy a mentális zavarok okozta betegségteher és a mentális egészségre fordított állami kiadások között feltűnő kiegyensúlyozatlanság van, amely aránytalanul sújtja az alacsony jövedelmű országokat és feltehetőleg alulkezeléshez, valamint az optimális orvosi ellátással elkerülhető halálozások számának emelkedéséhez vezet.
A WHO ajánlása alapján az egészségügyi kiadásoknak arányosan kell viszonyulni a betegségteherhez, egyenlő mértékben figyelembe véve az egészségügyi ellátás fizikai és mentális vonatkozásait. A mentális egészség gazdasági fejlődésben játszott szerepét egyre jobban felismerik, ugyanakkor a mentális egészségre fordított összegek aránya általában alacsony, és a legkevésbé hatékony, illetve költséghatékony beavatkozások kapják a rendelkezésre álló források legnagyobb részét.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk felhívja arra a figyelmet, hogy az országok egészségügyi rendszereinek igazítania kellene a mentális egészségügyi ráfordítások elosztásán; ahelyett, hogy a legtöbb forrást pszichiátriai intézeteknek adnák, az alapellátásba integrált, közösségi szinten megvalósuló egészségügyi szolgáltatásokat kellene előnyben részesíteni. Érdemes lenne Magyarországon is megvizsgálni, hogy az egészségügyi kiadásoknak hány százalékát fordítják mentális egészségre, valamint, hogy ez az összeg milyen arányban oszlik meg az egészségügy különböző szintjei között.

Cikkismertetés: Az oltásellenes („anti-vax”) mozgalom az egészséget világszinten érintő 10 legfontosabb fenyegetés között (részlet az Egészségügyi Világszervezet 13. általános munkaprogramjából)

Article review: Anti-vax movement among 10 top threats to global health (excerpt from the WHO 13th General Programme of Work)

Ismertetők: Gajdács Mário ✉
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet

Ismertetett cikk: Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023 (World Health Organisation); pp. 9-24.[1]

Beküldve: 2019. 01. 17.
doi: 10.24365/ef.v60i1.402

Kulcsszavak: Egészségügyi Világszervezet; munkaprogram; oltásellenesség; fenyegetés; célkitűzés

Keywords: WHO; General Programme of Work; vaccine resistance; threat; goals

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Vezető Bizottságának 142. ülésén (WHO EB 142; 2018. január 22-27., Genf) elfogadta a 13. általános munkaprogramját (*13th General Programme of Work; GPW 13*). A program egy 5 évre szóló (2019-2023) tervezet, amely tartalmazza a WHO vezetőinek célkitűzéseit és elkötelezettségét az egészségesebb világ megteremtésére mindenki számára, emellett előirányoz bizonyos stratégiai változásokat a szervezeten belül, hogy a jövőben minél hatékonyabban tudja végrehajtani tevékenységét. Az Egészségügyi Világszervezet jelentése szerint az elmúlt évtizedekben jelentős lépéseket tettünk a globális egészség fejlesztésének tekintetében. A várható élettartam a világ számos részén megnőtt, 2016-ban 6 millióval kevesebb 5 éven aluli gyermek halt meg, mint 1990-ben, és közel járunk a járványos gyermekbénulás eradikálásához[i] is. Az elért sikerek ellenére még számos megoldandó probléma áll fenn a globális egészség területén, a krónikus, nem fertőző betegségek prevalenciájától[ii] a környezetszennyezés problémájáig.

A jelentésben az Egészségügyi Világszervezet az oltásokkal kapcsolatos bizonytalanságot és az oltásellenességet is említi a világot érintő 10 legfontosabb fenyegetés között. Oltási bizonytalanságnak *(vaccine hesitancy)* nevezzük, ha a védőoltások elérhetőségük ellenére késedelemmel kerülnek beadásra, oltásellenességnek *(vaccine refusal)* pedig a védőoltások beadásának elutasítását saját vagy gyermekeink részére. Az oltásellenességen túl a WHO az alábbiakat jelölte meg, mint 2019-től prioritást élvező, megoldandó, a globális egészséget és egészségügyet érintő problémákat:

- Légszennyezés és klímaváltozás
- Krónikus nem fertőző betegségek
- Globális influenza pandémia
- Aszály, éhínség, háborúk és migráció
- Antimikrobiális rezisztencia
- Ebola és más potenciális járványt okozó vírusok (Zika, MERS-CoV, SARS)
- Súlyos hiányosságok az alapellátásban
- Dengue-láz
- HIV/AIDS

[i] kiirtás, teljes megszabadulás valamitől
[ii] előfordulási gyakoriság

A jelen ismertetés kiemelten a védőoltások problémájával foglalkozik. A védőoltások megfizethető és hatékony eszközei számos betegség megelőzésének és terjedésük meggátlásának. Sőt, egyes becslések szerint a védőoltások nélkül évente 2-3 millióval nőne a globális mortalitás. Ennek ellenére a világ számos országában az emberek növekvő aránya visszautasítja a védőoltások felvételét mind önmaguk, mind gyermekeik részére. Ez megnehezíti a lakosság kritikus lefedettségi szintjének elérését, csökkenti az ún. „nyájimmunitást", ami gyakoribb megbetegedéshez és járványok kitöréséhez vezethet. Legtipikusabb példaként hozható a kanyaró *(Morbili)* előfordulásának 30%-os globális emelkedése, melyért nagyrészt az oltásellenesség tehető felelőssé. Az utóbbi évtizedben az oltásellenes mozgalmak (ún. „anti-vax movements") számos országban gyökeret vertek. Ezen mozgalmak tagjai leggyakrabban a fejlett országokban élnek, ahol az oltások által kivédhető megbetegedések (pl. kanyaró, szamárköhögés) előfordulása tipikusan alacsony. Az oltások összetételével, mellékhatásaival és káros következményeivel kapcsolatos hamis és félrevezető információikat, anekdotikus történeteiket a legkülönfélébb internetes felületeken, közösségi média oldalakon, illetve egymás között terjesztik. Az Amerikai Járványvédelmi Központ (CDC) adatai szerint a legtöbb ajánlott védőoltás átoltottsága 2017-ben viszonylag stabil maradt a 19-35 éves kor közötti populációban az előző évekhez képest, azonban a nem oltottak aránya 2001 óta megnégyszereződött. Más országokban szintén romló tendenciák figyelhetők meg: Ausztráliában kb. 40,000 gyermek nem kapta meg a megfelelő oltásokat szüleik tiltakozása miatt, Romániában vallási okokra hivatkozva próbálnak kitérni az oltási kötelezettség alól, Olaszországban pedig 2018 óta már nem kötelezi az állam a szülőket az oltási státusz igazolására gyermekeik iskolába való beiratkozása előtt.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Magyarország a szigorú népegészségügyi előírásoknak és tevékenységeknek (házigyermekorvosi, védőnői preventív szolgálat) köszönhetően élen jár az életkorhoz kötött kötelező védőoltások beadásában. Az átoltottság aránya a gyerekeknél csaknem 100 százalékos, emellett az ajánlott oltások területén is igen jó eredményeket értünk el. Ennek ellenére nem lehetünk teljesen nyugodtak, hiszen az oltásellenességi mozgalmak hazánkban is jelen vannak, és idővel teret hódíthatnak. A szülőket mindenképp meg kell győzni a megelőző védelem fontosságáról. A környező és távolabbi, kevésbé szigorú oltási rendszerrel rendelkező országokból (Szerbia, Románia vagy tengeren túli országok) érkező személyek esetén az egészségügyi dolgozóknak tisztában kell lenniük a behurcolható betegségek rizikójával, hosszabb tartózkodás, illetve letelepedés esetén pedig szorgalmazniuk kell a hazai oltási rend szerinti kötelező védőoltások beadását is.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A közlemény létrejöttét az NTP-NFTÖ-18-C-0225 „Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj" támogatta.

HIVATKOZÁSOK

[1] http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=1

Cikkismertetés: A szociodemográfiai adatgyűjtést támogató és akadályozó tényezők a kanadai egészségügyben: egy többhelyszínes esettanulmány

Article review: Facilitators and barriers of sociodemographic data collection in Canadian health care settings: a multisite case study evaluation

Ismertető: Kasza Katalin ✉
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet

Ismertetett cikk: Williams-Roberts H, Neudorf C, Abonyi S, Cushon J, Muhajarine N;
Megjelenés: International Journal for Equity in Health, 2018, 17:186

Beküldve: 2019. 02. 04.
doi: 10.24365/ef.v60i1.401

Kulcsszavak: facilitátorok; akadályok; implementáció-kutatás; az egészség társadalmi meghatározói; egészségügyi szolgáltatások

Keywords: facilitators; barriers; implementation research; social determinants of health; health services

BEVEZETÉS

A cikk röviden összefoglalja egy implementáció-kutatás eredményeit, melyben azt vizsgálták, hogy három különböző tulajdonságokkal rendelkező kanadai egészségügyi szolgáltatónál milyen tényezők támogatták vagy akadályozták a szociodemográfiai adatgyűjtés megvalósítását.

Kanadában az egészségügyi szolgáltatók a betegek korára, nemére és lakhelyére vonatkozó minimális egyéni információt rögzítenek, azonban olyan szociodemográfiai jellemzők mint az etnikum, az anyanyelv és a szexuális orientáció, befolyásolják az ellátás, kezelés eredményét, az ellátással kapcsolatos tapasztalatokat és a betegelégedettséget. Az említett szociodemográfiai adatok megismerésével és figyelembevételével a szükségletekre jobban reagálni képes, személyre szabott egészségügyi ellátást nyújthatnának a szolgáltatók, csökkenteni lehetne az ellátás során annak eredményében megmutatkozó, az egészségügyi rendszerek fontos teljesítményindikátoraként számon tartott egészség-egyenlőtlenségeket, valamint igazságosabb, méltányosabb egészségügyi tervezés és forrásallokáció valósulhatna meg.

MÓDSZEREK

A most bemutatott implementáció-kutatás bizonyos szociodemográfiai adatok gyűjtésének és felhasználásának megvalósíthatóságát (*feasibility*) és elfogadhatóságát (*acceptability*) vizsgálta három különböző tulajdonságokkal rendelkező, közepes méretű városi egészségügyi szolgáltatónál, melyek a nyugat-kanadai préri területen helyezkednek el. Mindhárom esetben (*setting*) a szolgáltatást nyújtó személyzet tagjai (pl. nővérek, szociális munkás, tanácsadó, kisegítő személyzet) vagy a projekt adminisztrációját vezető kulcsfontosságú döntéshozók (pl. középvezetők, menedzserek, ügyvezető igazgató) észrevételeinek és tapasztalatainak összegyűjtésére fókuszáltak a kutatók.

Az 1. eset egy állami tulajdonú és fenntartású alapellátási szolgáltató volt, ahol az intézmény vezetője az ellátási területe demográfiai változatossága és kulturális sokszínűsége miatt kérte az implementáció-kutatás vezetőinek segítségét abban, hogy a szociodemográfiai adatgyűjtésből származó információk felhasználásával az immunizációs szolgáltatásokat a közösség igényeihez és preferenciáihoz igazíthassák. A 2. eset a területileg, etnikailag, kulturálisan elszigetelt csoportoknak (*underserved population*) szexuális- és reproduktív egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó, közösségi-alapú szervezet volt, melyet pályázaton elnyert összegekből és adományokból működtetnek. Ebben az esetben, a potenciális önkormányzati támogatók kérésére szerettek volna több szociodemográfiai információt megtudni az ellátást igénybe vevőkről. A 3. eset egy kórházi nyilvántartási osztály volt, amely számos, társadalmi-gazdasági szempontból deprivált közösség tagjait látta el, köztük az őslakosok voltak a legnagyobb arányban. Itt a szociodemográfiai adatgyűjtést az őslakos identitás meghatározására alkalmazták annak érdekében, hogy kulturálisan megfelelő ellátást nyújthassanak az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők számára.

A szociodemográfiai kérdések meghatározására robosztus módszert alkalmaztak, melyben fontos szempont volt, hogy az adott szociodemográfiai tényező tudományosan igazolt módon gyakoroljon hatást az egészség-egyenlőtlenségekre, valamint hogy az adott szociodemográfiai kérdés megválaszolható legyen (pl. mert népszámláláson megkérdezték, alternatív forrásból elérhető, stb.). Ahol lehetséges volt, validált formában tették fel a szociodemográfiai kérdést. A kérdőív végleges formája interneten elérhető.[1]

A szociodemográfiai adatgyűjtés megvalósíthatóságára, elfogadhatóságára vonatkozó észrevételek és tapasztalatok összegyűjtése, valamint a lehetséges ösztönző és akadályozó tényezők beazonosítása érdekében kvalitatív kutatási módszereket alkalmaztak. A vizsgálatban félig strukturált interjút készítettek a kulcsfontosságú döntéshozókkal személyesen, a szolgáltatást nyújtó személyzet tagjaitól informális és fókuszcsoportos megbeszéléseken gyűjtöttek információt. Az interjú átiratokat témaelemzéssel értékelték az implementáció-kutatási analitikai keretrendszer (*Consolidated Framework of Implementation Research - CFIR*) felhasználásával. A CFIR-nek 5 többszintű doménje különböztethető meg, ezek a projektjellemzők, a külső tulajdonságok (külső tényezők, mint például a politika vagy az ösztönzők), a belső tulajdonságok (szervezeti tényezők), az egyéni jellemzők (projekt megvalósítással kapcsolatos ismeretek és meggyőződések) és a megvalósítási folyamat (pl. az érdekelt felek bevonása).

EREDMÉNYEK

A kutatók számos, a szociodemográfiai adatgyűjtés megvalósítását támogató és akadályozó tényezőt azonosítottak, melyek javarészt az 5 CFIR domén közül 3-ba tartoztak (projektjellemzők, belső tulajdonságok, egyéni jellemzők). [1. táblázat]

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egészségügyi ellátás igénybevételét, az ellátással és kezeléssel kapcsolatos tapasztalatokat (pl. betegelégedettség), végső soron pedig az egészségügyi rendszer teljesítményét - számos tényező mellett -, a betegekről általánosan gyűjtött demográfiai jellemzőkön (kor, nem, lakhely) túl a szociodemográfiai tulajdonságaik is befolyásolják. Az ismertetett kanadai példa alapján láthattuk, hogy az egészségügyi szolgáltatás célpopulációja szociodemográfiai jellemzőinek feltárása és figyelembe vétele egy lehetséges megközelítés az egyéni egészség-egyenlőtlenségekre, szükségletre jobban reagálni képes, méltányosabb ellátás kialakítására. A szociodemográfiai adatgyűjtés egészségügybe történő sikeres implementálása előtt nélkülözhetetlen a kormányzati akarat és támogatás elnyerése, az előzetes igényfelmérés lebonyolítása, a döntéshozók megnyerése, a lehetséges akadályozó tényezők minimalizálása, a végrehajtásban részt vevő személyzet képzése, valamint az adatgyűjtést támogató informatikai rendszer létrehozása, kifejlesztése.

1. táblázat: A szociodemográfiai adatgyűjtés megvalósítását elősegítő és gátló tényezők

Esetek	Domének		
	Projektjellemzők		
	Relatív előny	*Adaptálhatóság*	
1. eset	A szociodemográfiai adatgyűjtés hasznát mindhárom esetben elismerték és kinyilvánították a vezetők, menedzserek (+)	A megvalósítási folyamatot mindhárom esetben adaptálták (+)	A szociodemográfiai kérdések csak egy része volt releváns (-)
2. eset			Nem említették
3. eset			Az őslakos identitásra vonatkozó egyetlen kérdést adaptáltak (-)
	Külső tulajdonságok		
	Politika vagy ösztönzők		
1. eset	Nem említették		
2. eset	A szociodemográfiai adatgyűjtés a támogatók kérésére történt (+)		
3. eset	Nem említették		
	Belső tulajdonságok		
	Relatív prioritás és a változás észlelt feszültsége	*Készen áll a változásra*	*Erőforrások rendelkezésre állása*
1. eset	A területi felülvizsgálat már priorizálta az egészség társadalmi meghatározóit és összhangban volt a szociodemográfiai adatgyűjtés kibővítésével (+)	Minden esetben a menedzserek kinyilvánították a vezetőség elkötelezettségét és támogatását a szociodemográfiai adatgyűjtés megvalósításában (+)	Korlátozottan áll rendelkezésre idő a klinikai feladatokra (-)
2. eset	A fő szolgáltatási prioritások jól illeszkedtek a szociodemográfiai adatgyűjtés megvalósításához (+)		A szociodemográfiai kérdések megválaszolására szánt plusz idő hozzáadott értékét a betegek nem érzékelték (-) Kevés személyzeti létszám és korlátozott finanszírozás a megvalósításra (-)
3. eset	A régebb óta alkalmazott módszer az őslakos célcsoport beazonosítására nem volt optimális (+)		A régi kórházi informatikai rendszerben korlátozott volt a hozzáadható kérdések és válaszlehetőségek száma (-)
	Egyéni jellemzők		
	A projekttel kapcsolatos ismeretek, attitűdök és meggyőződések		
1. eset	Azt tapasztalták, hogy néhányan az egészségügyi személyzetből kényelmetlenül érezték magukat a szociodemográfiai adatgyűjtés miatt		
2. eset	A személyzetnek már volt tapasztalata és már gyűjtöttek korábban szociodemográfiai adatot (+)		
3. eset	A menedzserek arról számoltak be, hogy a személyzet kényelmetlenül érezte magát az adatgyűjtés során (-)		A személyzet úgy gondolta, hogy a betegek kellemetlenül fogják érezni magukat az adatgyűjtés miatt (-)

(+): a megvalósítás facilitátorai; (-): a megvalósítás korlátai. A jelölés nem vonatkozik a hatás mértékére.
Forrás: Williams-Roberts H et al., 2018

HIVATKOZÁSOK

[1] https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0903-0

Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra

Article review: The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes

Ismertető: Csizmadia Péter ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Ismertetett cikk: Foster HME, Celis-Morales CA, Nicholl Bi et al. The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. Lancet Public Health 2018;3(12): e576–85. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30200-7

Beküldve: 2019. 02. 01.
doi: 10.24365/ef.v60i1.419

Kulcsszavak: egészségegyenlőtlenségek

Keywords: health inequalities

HÁTTÉR

Az életmódbeli tényezők egymással kölcsönhatásba lépve növelik a halandóságot. A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében ezek az egymást felerősítő hatások jól ismertek, de az újabb vizsgált tényezők esetében, mint például a televíziózással eltöltött idő, nem rendelkezünk pontos tudással. Továbbra is tisztázatlan a társadalmi-gazdasági depriváció, vagyis a hátrányos helyzet életmódra gyakorolt negatív hatása. Az itt ismertetett kutatás célja annak vizsgálata, hogy a depriváció módosítja-e az életmódbeli kockázati tényezők pontszáma és az egészségi állapot közötti összefüggéseket.

MÓDSZEREK

A prospektív elemzés adatai az Egyesült Királyság Biobankjából származtak, egy követéses vizsgálatból. Minden résztvevő egy kiterjesztett életmód kockázati pontszámot kapott. Egy pont járt az egészségtelen életmód minden tényezőjéért (a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, az egészségtelen étrend mellett az alvási időtartamot és a hosszas televíziónézéssel töltött időt is beleértve, az olajos halak vagy gyümölcsök és zöldségek ritka, valamint a nagy mennyiségű vörös vagy feldolgozott hús fogyasztása és az alacsony fizikai aktivitás). A leginkább egészséges (0–2 pont), mérsékelten egészséges (pontszám 3–5), vagy legkevésbé egészséges (6–9 pont) kategóriákat hozták létre.
Cox-féle arányos kockázati regressziós modellt alkalmaztak az életmód pontszám és az egészségi állapot közötti összefüggés vizsgálatára (kimenet az összes halálozás, valamint a szív- és érrendszeri betegségek mortalitása és előfordulása volt), és hogy ez az összefüggés módosult-e a depriváció által. A deprivációs indexet a népszámlálási adatok alapján hozták létre az autótulajdon, a háztartás túlzsúfoltsága, a foglalkozás, a foglalkoztatottság és a lakóhely figyelembe vételével. Az elemzésből kizárták azokat, akik a követéses vizsgálatba történő felvételt követő két évben elhaláloztak, vagy szív-

és érrendszeri betegségük alakult ki. Szintén kizárásra kerültek a nem fertőző betegségekben (kivéve magas vérnyomás) szenvedő és hiányzó kovariancia adatokkal rendelkező alanyok. A vizsgálatból ugyancsak kizárásra kerültek azok a résztvevők, akiknek a fizikai aktivitásáról, az alvási időtartamáról és a teljes képernyő előtt eltöltött idejéről nem állt rendelkezésre megbízható adat. Minden elemzést korrigáltak kor, nem, etnikai hovatartozás, felmérés hónapja, magasvérnyomás-betegség története, szisztolés vérnyomás, magas koleszterinszint vagy magas vérnyomás gyógyszerek használata esetén, valamint testtömeg-index kategóriák alapján.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatba 328 594, 40–69 éves korú egyént vontak be többéves után követéssel. A legkevésbé deprivált ötödben a korrigált kockázati arány a legkevésbé egészséges életmód kategóriában a legegészségesebb életmód kategóriához képest 1,65 volt az összes halálozás esetében, 1,93 a szív- és érrendszeri megbetegedések mortalitása esetében, és 1,29 a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulására. Ugyanezek a kockázati arányok a leginkább deprivált ötödben 2,47, 3,36 és 1,41 voltak. Továbbá a szív- és érrendszeri megbetegedések mortalitása esetében közel kétszeresére nő a kockázati arány a legdepriváltabb csoportján belül a viszonylag jó életmód pontszámot kapók és legkevésbé egészséges életmódot folytatók között
Jelentős kölcsönhatást mutattak ki az életmód és a depriváció között az összes, valamint a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás esetében, de a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulása esetén nem.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az életmóddal összefüggő kockázati tényezők kölcsönhatásai a hátrányos helyzetű népesség esetében aránytalan károkat okoznak. A népegészségügyi és az egyéneket célzó beavatkozások mellett olyan, a szegénység csökkentésére irányuló szociális és költségvetési politikára van szükség, amely az életmódbeli tényezők szélesebb körét képes pozitív irányba befolyásolni.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány szerint a rossz társadalmi-gazdasági helyzetben lévők esetében nagyobb az életmód szerepe, mint a jobb társadalmi-gazdasági helyzetűek esetében. Ebből következik, hogy ennél a rétegnél fontosabb előmozdítani az életmódváltást, hatékonyabb az erőforrásokat odakoncentrálni, valamint célzott prevenció és komplex életmód programokat kidolgozni, megvalósítani. A népegészségügyi eszközök mellett a szociális és pénzügyi kormányzat részéről is szükségesek azon intézkedések, amelyek megszüntetik a társadalmi-gazdasági javakhoz való egyenlőtlen hozzáférést.

Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészégre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően

Article review: Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors

Ismertető: Csizmadia Péter ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Ismertetett cikk: Moor, Irene, Jacob Spallek, and Matthias Richter. "Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors." J Epidemiol Community Health 71, no. 6 (2017): 565-575. doi:10.1136/jech-2016-2075899

Beküldve: 2019. 02. 01.
doi: 10.24365/ef.v60i1.418

Kulcsszavak: egészségegyenlőtlenségek

Keywords: health inequalities

A szemlézett cikk azt vizsgálja, hogy az egészségügyi, társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket mennyiben befolyásolják az anyagi, (pl. foglalkoztatottság, jövedelem) pszichoszociális (pl. társadalmi tőke) és az egészségmagatartás tényezői. A szisztematikus irodalom-elemzés célja az volt, hogy összefoglalja az empirikus vizsgálatokból rendelkezésre álló bizonyítékokat, és elemezze az említett tényezők relatív hozzájárulását az önértékelt egészségi állapot terén mutatkozó egyenlőtlenségek magyarázatához.
A vizsgálatot a PRISMA irányelveinek megfelelően végezték. A szakirodalmi keresést a PubMed és a Web of Science (1996–2016) elektronikus adatbázisaiban, valamint a kiválasztott cikkek hivatkozásainak szűrésével végezték.

Az elemzések azt mutatták, hogy az anyagi, pszichoszociális tényezők és az egészségmagatartás egyaránt a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket magyarázó változó az önértékelt egészség tekintetében. A legnagyobb mértékben az anyagi tényezők járultak hozzá az önértékelt egészségi állapotbeli különbségekhez, a nagyobb független (közvetlen) hatásuk és további megosztott (közvetett) hatásuk (pszichoszociális és viselkedési tényezők) révén. Ezek az eredmények nagymértékben függetlenek az életkortól, a nemtől és a társadalmi-gazdasági helyzettől.

A bemutatott bizonyítékok felhasználhatók a politikai döntéshozók számára a megelőzés és egészségfejlesztés szempontú prioritások meghatározásához és igazolásához. Az eredmények azt mutatják, hogy az egészségi állapotban tapasztalható társadalmi egyenlőtlenségek kezelésében több tényező is fontos szerepet játszik. Az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló stratégiáknak az anyagi/strukturális életkörülményekre kell összpontosítaniuk, mivel ezek alakítják a pszichoszociális erőforrásokat és az egészségmagatartást.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egészségegyenlőtlenségek és következményeik annak ellenére, hogy komoly erőfeszítések történtek a csökkentésükre, továbbra is fennállnak. Lényegi változást csak radikálisabb újraelosztással lehet elérni, illetve a személyes, pszichoszociális és kulturális tényezők közvetlen befolyásolásával.

Új globális kezdeményezés –gyermekegészségügyi információt mindenkinek!

A new global initiative –Child Health Information For All

Ismertető: Kovács Zsuzsanna ✉
Nyugalmazott házi gyermekorvos, Magyarország képviselője a CHIFA-ban

Beküldve: 2019. 01. 12.
doi: 10.24365/ef.v60i1.400

Kulcsszavak: egészségügyi információ; internetes kapcsolat; önkéntes szakmai együttműködés

Keywords: health information; connection via internet; voluntary professional cooperation

A háziorvosi ellátásról szóló Alma Ata-i Deklaráció[1] kimondja: „Az egészségügyi alapellátás céljai között szerepel a közösség fő egészségproblémáinak megoldása azáltal, hogy megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújt."

E cél eléréséhez alapvető, hogy az egészséggel kapcsolatos korszerű információk érthető nyelven és optimális formában (elektronikus, nyomtatott, vetített vagy előadás) elérhetők legyenek.

Az elmúlt évtizedekben igen nagy fejlődés tanúi lehettünk a gyermekhalandóság csökkenése tekintetében. Ennek ellenére a WHO adatai szerint a 2017-ban meghalt 5,4 millió 5 éven aluli gyermek legalább fele megmenthető lett volna, ha elérhető lett volna a számukra a legegyszerűbb egészségügyi ellátás.[2]

Egy 2009-ben megjelent irodalmi áttekintés a fejlődő országokban tevékenykedő egészségügyi dolgozók szükségleteit, ismereteit és gyakorlatát elemezte.[3] Kimutatták, hogy a Föld népességének jelentős része nem jut hozzá a minimálisan megfelelő egészségügyi ellátáshoz sem, mivel az őket ellátó egészségügyi személyzet alapvető ismeretei még a banális betegségekkel kapcsolatosan is hiányosak. Ezért alapvető, hogy megfelelő egészségügyi információk eljussanak ezekbe a régiókba is, így világszerte javítani lehetne az egészségügyi ellátást.

Sok ezer egészségügyi informátor működik világszerte a WHO szakértőktől kezdve az önkéntes segítőkig. Meg kell említeni a Teaching Aids at Low Cost (TALC) csoport úttörő munkáját, melyet 1965-ben Prof. David Morley alapított. A TALC az internet előtti korban fantasztikus eredményeket ért el azzal, hogy a fejlődő világban sok millió könyvet és egyéb tájékoztató anyagot terjesztett el az egészségügyben dolgozók körében.[4]

Az internet és a mobiltelefon-hálózat egyre nagyobb elterjedése új lehetőséget teremtett az információk terjesztésére. A WHO 2004-ben publikált elemzése szerint a Milleneumi Fejlesztési Célok eléréséhez még mindig nagyon sok a tennivaló.[5] A tanulmány külön kitér az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségére és az információk hiányára.[6] Erre reagálva Godlee és munkatársai javaslatot tettek a WHO felé, hogy játsszon vezető szerepet a megfelelő egészségügyi információk mindenki számára elérhetővé tételében.

E cél elérésének egyik fontos állomása, hogy 2006 októberében Kenyában az Association for Health Information and Libraries in Africa 10. kongresszusán elindult egy internetes hálózat, a HIFA (Healthcare Information For All),[7] és ennek

keretein belül a CHIFA[8] (Child Health and Rights). Mindkét hálózat az internet útján kapcsolatot teremt különböző szakterületeket képviselő szakemberek között, akik kisebb térségekben vagy globális szinten a hátrányos helyzetű gyermeklakosságra és családjaikra, illetve a fejlődő országokra fókuszálva érdekeltek az egészségmegőrzésben. E szakemberek - orvosok, nővérek, kisegítő személyzet, akadémikusok, könyvtárosok, szakújságírók, könyvkiadók, politikusok, kutatók - tapasztalatokat, információkat cserélnek, és így hozzájárulnak az egészségügyi ellátás javításához. A nemzetközi levelezőfórum tagjai aktuális régiós, kontinentális vagy globális egészségügyi kérdéseket vetnek fel és tárgyalnak meg. Felhívják a figyelmet neves szaklapokban (pl. Lancet) publikált kutatásokra, illetve jó gyakorlatokat, módszertani iránymutatásokat tesznek közzé, melyek segítséget jelenthetnek vagy hivatkozási lehetőséget nyújtanak más országok szakemberei számára (akár az ország társadalmi – gazdasági fejlettségétől függetlenül is).

A HIFA és a CHIFA hálózatnak együtt ma már 178 országból több mint 18 500 tagja van az ún. fejlődő és a fejlett világból egyaránt. A fórum működését 325 szakmai szervezet támogatja, ezen belül 38 anyagilag is segíti. A hat interaktív fórum négy nyelven működik (angol, francia, portugál és spanyol).

A CHIFA víziója egy olyan világ, ahol minden gyermek, minden szülő és minden egészségügyi dolgozó meg tudja szerezni a rendelkezésre álló és alapvető tudást, mellyel mind a saját, mind a rábízott gyermekek egészségét meg tudja őrizni, vagy időben és hatékonyan be tud avatkozni. Emellett a gyermekjogok érvényesítését is feladatának tekinti.

A CHIFA hálózatnak több mint 140 országból több mint 3 500 tagja van.

1. ábra: a CHIFA tagjai[8]

Forrás: http://www.hifa.org/forums/chifa-child-health-and-rights

A CHIFA üzemeltetését az International Child Health Group of the Royal College of Paediatrics and Child Health, valamint az ISSOP (International Society for Social Pediatrics and Child Health) szakmai társaságok egymással együttműködve biztosítják.

A CHIFA internetes levelezési fórumain széleskörű szakmai egyeztetések zajlanak különböző szakemberek - alapellátók, akadémikusok, WHO és egyéb szervezetekben tevékenykedő szakemberek, politikusok, gyógyszerészek, újságírók, kiadók és médiaszakértők között, ritkábban szülők és gondozók is bekapcsolódnak. Néhány példa a megvitatott kérdések közül:

- szoptatás és a tápszergyártók szerepe
- gyermek joga az egészségügyi ellátáshoz
- népi gyógyászat
- földimogyoróvaj használata akut sorvadás esetén
- indokolatlan antibiotikum-használat
- újszülött ellátása
- videojátékok hatása a pszichés és testi fejlődésre
- nemi szervek megcsonkítása
- gyermekbántalmazás

Az elektronikus levelezés itt megtekinthető: http://www.hifa.org/rss-feeds/10

A legújabb témát, az újszülöttek ellátásának javítását, különös tekintettel a koraszülött és kis súlyú újszülöttek ellátására, a London School of Hygiene and Tropical Medicine munkacsoportjával együttműködésben tárgyalták meg.

A CHIFA ezen kívül webkonferenciákat is szervezett az alábbi témákban:

- gyermekbántalmazás
- testi fenyítés a családban
- védőoltás és gyermekjogok

A CHIFA szerény anyagi háttérrel és sok önkéntessel működve jelentős eredményeket ért el.

A további eredmények eléréséhez szükséges feladatok:

- országok képviselőinek aktivitását erősíteni
- támogató szervezetek szerepét kiterjeszteni
- speciális projekteket fejleszteni, ld. újszülött projekt
- együttműködés és fórumhasználat előnyeit értékelni
- rendszeres webkonferenciákat szervezni
- WHO-val és egyéb intézményekkel szorosabb együttműködést kialakítani

A HIFA/CHIFA-közösség nyitott, a levelezőfórumhoz csatlakozás ingyenes.
Ezúton tisztelettel meghívjuk csatlakozásra a világra nyitott, érdeklődő magyar szakembereket is.

Regisztráció:
HIFA: http://www.hifa.org/join/join-hifa-english
CHIFA: http://www.hifa.org/join/join-chifa-child-health-and-rights

[1] Alma-Ata-i Nyilatkozat http://regi.oefi.hu/alapelvek.pdf
[2] WHO Children:reducing mortality https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality
[3] Pakenham-Walsh N, Bukachi F. Information needs of health care workers in developing countries: a literature review with a focus on Africa. Hum Resour Health 2009;7:30. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680393/pdf/1478-4491-7-30.pdf
[4] https://healthbooksinternational.org/
[5] Godlee F, Pakenham-Walsh N, Ncayiyana D, et al. Can we achieve health information for all by 2015? Lancet 2004;364:295–300 https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/extras/04art6112web.pdf
[6] https://www.who.int/rpc/meetings/en/world_report_on_knowledge_for_better_health2.pdf
[7] http://www.hifa.org/
[8] http://www.hifa.org/forums/chifa-child-health-and-rights

Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

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

Beszámoló az „Egészség és épített környezet” címmel a Magyar Tudományos Akadémián rendezett konferenciáról
Vitrai József

Cikkismertetés: Semmelweis és a legszebb magyarázat. Oksági következtetés az epidemiológiában
Csizmadia Péter

Cikkismertetés: “A tegnap megoldásai mára problémák lesznek”. A rendszerszintű gondolkodással és komplexitás-tudománnyal kapcsolatos diskurzus értelmezése az értékelés elmélete és gyakorlata szempontjából
Csáki József Máté

Társadalmi tőke az egyéni jóllét kontextusában. Az OECD által kidolgozott társadalmitőke-interpretáció fényében
Kőmüves Sándor

2017-es adatokkal frissült a halandósági adatbázis

A védett munkahelyek jogi és pszichológiai hatása a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, egy érintett szemszögéből
Lengyel Júlia

Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében
Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program
Kaposvári Csilla

Ismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól
Czér Polla, Földesi Judit

Ismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?
Csizmadia Péter

Ismertetés: Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezéselmélet nehézségei
Csáki József Máté

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

Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása
Csáki Máté

„Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés
Kasza Katalin

A Szociális Jogok Európai Pilléréről
Andor Csaba

Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben
Nyírády Adrienn

Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell
Csizmadia Péter

Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés
Vitrai József

A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve

Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés
Vokó Zoltán

Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés
Balku Eszter, Vitrai József

Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció
Vitrai Sára

Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés
Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

Hálózatkutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény
Varsányi Péter, Vokó Zoltán

Az egészségegyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei
Csizmadia Péter

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága
Vitrai József

Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?
Benyó Béla

Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben
Csizmadia Péter

Hazai egészség-pillanatkép, 2017
Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése
Kaposvári Csilla, Vitrai József

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

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

A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára
Burián Katalin

Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata (WAVES vizsgálat) [Article review: Effectiveness of a childhood obesity prevention programme delivered through schools, targeting 6 and 7 year olds: cluster randomised controlled trial (WAVES study)]
Erdei Gergő

Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében
Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

A családi tradíció szerepe kisded – kisgyermek táplálkozásában
Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők
Pachner Orsolya, Lendvay Zsófia

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzelje el! 3. – Befektetés a jövőbe

Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei
Pénzes Gabriella, Bíró Éva

Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében
Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai
Kovács Anna Viktória

Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program
Kaposvári Csilla

Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól
Czér Polla, Földesi Judit

A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása
Kocsis Éva

Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?
Csizmadia Péter

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

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzelje el! Akció az irodában

A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban
Lőkös Dániel

Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül
Bérczi Bálint

Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében
Máté Zsuzsanna

Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell
Járomi Éva

Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása
Kasza Katalin

Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer
Hanzel Adrienn

A Magyar Gyermekorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkor fontosságáról

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzelje el!

Tartui felhívás az egészséges életmódért – Ismertető
Veress Réka

Cikkismertetés: A mentális egészség újradefiniálásának irányába
Maczali Katalin

A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program
Maczali Katalin

Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések
Nagy Barbara

Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése
Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban
Taller Ágnes, Csizmadia Péter

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

Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében
Szabó Katalin, Pikó Bettina

Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop
Csizmadia Péter

A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma
Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás
Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése
Németh Ágnes

Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat
Maczali Katalin

Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése
Járomi Éva

Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által ész-lelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban
Maczali Katalin

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

SZEMLE
- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban

- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

SZEMLE

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

Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

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

Cikkismertetés: Az értelmező és a reduktív előlapi élelmiszercímke szerepe az élelmiszer-választásban és a vásárlásban
szabó Andrea

Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata (WAVES vizsgálat)
Erdei Gergő

Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához
Krakkó Ágnes

A családi tradíció szerepe a kisdedek és kisgyermekek táplálkozásában
Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

Képzelje el! 3. – Befektetés a jövőbe

Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei
Pénzes Gabriella, Bíró Éva

Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében
Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai
Kovács Anna Viktória

Cikkismertetés: Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program
Kaposvári Csilla

Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól
Czér Polla, Földesi Judit

Cikkismertetés: A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása
Kocsis Éva

Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?
Csizmadia Péter

Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül
Bérczi Bálint

Cikkismertetés: Árkülönbségek modellezése az egészséges és átlagos étrend között: új-zélandi esettanulmány
Mózes Noémi

Cikkismertetés: Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index (ESZI INDEX) – Jelentés, Anglia
Kaposvári Csilla

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

Cikkismertetés:„Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása
Kasza Katalin

Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer
Hanzel Adrienn

Képzelje el!

Tartui felhívás az egészséges életmódért - Ismertető
Veress Réka

Hozzászólás az ’Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására’ közleményhez
Kovács Anna Viktória

Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában (PURE): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése
Erdei Gergő

Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására
Vitrai József, Bakacs Márta

Cikkismertetés: A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei
Veress Réka

Cikkismertetés: Élelmiszer, egészség és komplexitás: egy olyan koncepcionális megértés felé, amely az együttműködésen alapuló népegészségügyi cselekvést irányítja
Erdei Gergő

Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés
Nagy Barbara

Cikkismertetés: A zöldség-, gyümölcs- és hüvelyesek fogyasztása és a kardiovaszkuláris betegségek és halandóság 18 országban (PURE): prospektív kohorsz vizsgálat
Bakacs Márta

Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről
Varga Anita

Cikkismertetés: Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések
Nagy Barbara

Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenciós beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei
Maczali Katalin

Cikkismertetés: 'Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz
Vitrai József

Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében
Szabó Katalin, Pikó Bettina

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség
Nagy Barbara

A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és értékközvetítés a középiskolás korosztályban
Lelovics Zsuzsanna

A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei
Réthy Attila Lajos

E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak
Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László[3] Bence, Szabó Zoltán

OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára
Szűcs Zsuzsanna

„Egészség-konyha" – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben
Fekete Krisztina

Egészségedre! Mókuskerék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról
Köteles Gábor, Kutai Orsolya

Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés
Fekete Krisztina, Henter Izabella

A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016
Henter Izabella

Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével
Kovács Piroska, Solymosy József Bonifácz

Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban
Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése
Németh Ágnes

Tematikus cikkválogatás az egészségműveltség és egészségkultúra területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2017-2018 lapszámaiból az egészségműveltség és egészségkultúra területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata [Health literacy survey among university students]
Végh Balázs, Bíró Éva

Ismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek („miért"), irányok („mit") és hangszínek („hogyan")
Szabó Tímea Pálma

A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig
Kun Eszter

Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz
Maczali Katalin

Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat
Maczali Katalin

A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban
Koltai Júlia, Kun Eszter

Az egészségműveltség definíciói
Csizmadia Péter

Az értés fél egészség
Borjádi Györgyi

Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása
Csáki Máté

Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?
Vitrai József

Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése
Kaposvári Csilla, Vitrai József

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága
Vitrai József

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség
Nagy Barbara

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? III. rész: Környezet, kultúra és egészség
Csizmadia Péter

Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

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

Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata
Végh Balázs, Bíró Éva

A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára
Burián Katalin

Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata (WAVES vizsgálat)
Erdei Gergő

Cikkismertetés: Egy trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszer kialakítása – útmutató ismertetés
Oláh Barnabás

Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására (a „Tudatos hallgató" tanulmány): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat
Fűzi Márta

Cikkismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek („miért"), irányok („mit") és hangszínek („hogyan")
Szabó Tímea Pálma

A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai
Kovács Anna Viktória

Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében
Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei
Pénzes Gabriella, Bíró Éva

Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell
Járomi Éva

Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében
Máté Zsuzsanna

A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban
Dr. Lőkös Dániel

Bemutatkozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program
Falus András

Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?

Vitrai József

A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai
Simon István Ágoston, Kajtár Gabriella

Tartui felhívás az egészséges életmódért - Ismertető
Veress Réka

Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés
Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Darvay Sarolta, Soósné Kiss Zsuzsanna, Füzi Rita, Bihariné Krekó Ilona, Gradvohl Edina, Kolosai Nedda, Falus András, Feith Judit Helga

Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz
Maczali Katalin

Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés
Nagy Barbara

Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat
Maczali Katalin

Beszámoló az egészségfejlesztő testmozgással foglalkozó nemzeti kapcsolattartók november 13-14.-i zágrábi üléséről
Veress Réka

Cikkismertetés: A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program
Maczali Katalin

A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NET-FIT®) alapján
Csányi Tamás, Kaj Mónika

A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig
Kun Eszter

Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenciós beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun ‘n healthy in Moreland! projekt eredményei
Maczali Katalin

Cikkismertetés: Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel
Maczali Katalin

Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése
Járomi Éva

Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről
Varga Anita

Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban
Maczali Katalin

A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész
Burián Katalin, Spengler Gabriella

Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében
Szabó Katalin, Pikó Bettina

Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciós megközelítései
Járomi Éva, Kimmel Zsófia

50 éves a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság
Aszmann Anna, Mezei Éva, Andrásovszky Csilla

E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak
Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László[3] Bence, Szabó Zoltán

Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatatása
Járomi Éva, Vitrai József

Óvodáskori szájápolás - egy mikro kutatás tükrében
Baloghné Dr Bakk Adrienn, Ponty Erika

A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és értékközvetítés a középiskolás korosztályban
Lelovics Zsuzsanna

A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma
Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető
Solymosy József Bonifácz

A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ez előttről
Solymosy József Bonifácz, Kárpáti Tímea

Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára - összefoglalás
Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés
Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért
Enhoffer Vivien

„Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről
Költő András

Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével
Kovács Piroska, Solymosy József Bonifácz

Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése
Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

Jövőnk: a Lancet Bizottsági ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről
Bíróné Asbóth Katalin, Arnold Petra, Várnai Dóra

A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016
Henter Izabella

Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése
Németh Ágnes

A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója
Solymosy József Bonifácz

Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban
Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József