Folyóiratunk olvasottsági eredményei

The journal's popularity

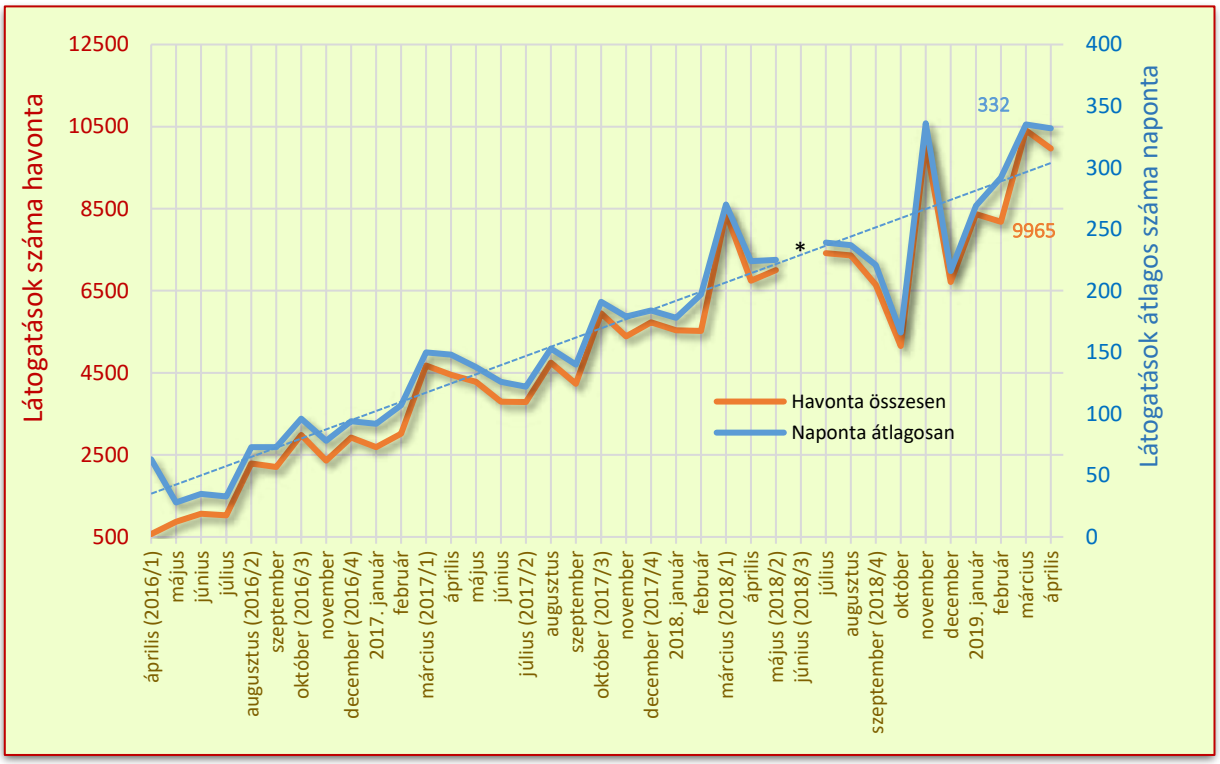
doi: 10.24365/ef.v60i2.466

A szerkesztőség örömmel tapasztalja, hogy mind a lap olvasói bázisa, mind a közlésre benyújtott kéziratok száma folyamatosan növekszik. Havi látogatóink száma már több hónapja eléri a 10 ezret, az elmúlt hónap pedig már a második, amikor naponta átlagosan több mint 300-an kattintottak weboldalunkra. A látogatói és olvasottsági statisztikákat a megszokott táblázatban és ábrán mutatjuk be részletesen alább.

Összességében elmondhatjuk, hogy az iskolai egészségfejlesztés és az egészséges táplálkozás témákban megjelent cikkek nyerik el a legnagyobb érdeklődést. Folyamatosan magas olvasottságot érnek el a cikkismertetések, köszönhető ez valószínűleg annak, hogy a rövid közleményekben az ismertetők nemzetközi szakirodalomból mutatnak be fontosnak tekinthető kutatási eredményeket, jó példákat stb.

Vitaindító közleményünkhöz és a többi cikkhez is várjuk a hozzászólásokat, véleményeket. Köszönjük szerzőinknek a kiváló írásokat, olvasóinknak pedig a figyelemreméltó érdeklődést.

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



* nincs adat

1. táblázat: TOP 10-es rangsor

Megte-kintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
754	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
643	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
617	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
526	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
505	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018. 1.
497	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
471	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Kolta J, Kun E	2016. 3.
450	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
449	Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítá-sára	Vitrai J, Bakacs M	2017. 4.
444	Az egészségműveltség definíciói	Csizmadia P	2016. 3.
TELJES KÖZLEMÉNY			
2947	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1232	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1057	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
646	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
623	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
533	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et. Al	2018. 2.
398	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonat-kozó szakmai útmutató”-ról	Solymossy J, Koós T	2016. 3.
388	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2.
379	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
358	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
"ÉRDEKESSÉG"			
3,83	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2,30	A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai	Tánczos Z, Bognár J	2019. 1.
2,03	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Pfau Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Éva	2019. 1.
1,49	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,49	Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogászhallgatók köré-ben	Dombrádi V, Czira E, Gáll T, Nagy A, Bíró K	2019. 1.
1,30	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hall-gatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,29	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,24	Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről	szerkesztőség	2018. 6.
1,15	A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei	Gabnai Z, Müller A, Bács Z, Bácsné Bába É	2019. 1.
1,13	Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről	szerkesztőség	2019. 1.

Vitaindító: Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani?

Debate: Why and how shoud we reform of our national public health?

Szerző: Vitrai József ✉
Emberi erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2019. 04. 08.
doi: 10.24365/ef.v60i2.461

Összefoglaló: A szerző álláspontja szerint a hazai népegészségügy haladéktalanul megújításra szorul, mert – az Európai Unió országaihoz és különösen a Visegrádi országokhoz viszonyítva – a magyar lakosság egészségi mutatói egyre inkább lemaradást tükröznek. Ennek oka a szerző szerint az, hogy a szakma eddig nem volt képes kiharcolni az „Egészséget minden szakpolitikába" elv érvényre juttatását. A megújításhoz szükséges megerősíteni a hazai népegészségügyi szakma alapjait, és tevékenységeibe további tudományágak képviselőit bevonni. A megerősített és kiterjesztett szakmai alapokra támaszkodó népegészségügynek tisztáznia kellene, milyen legyen a jövő népegészségügye Magyarországon, és az hogyan kapcsolódjon az egészségügy és egyéb ágazatok szereplőihez.
Kulcsszavak: népegészségügy; megújítás

Summary: In the opinion of the author, national public health needs to be renewed immediately because the health indicators of the Hungarian population are increasingly lagging behind, compared to the countries of the European Union and especially the Visegrad countries. The reason for this, according to the author, is that the profession was not able to enforce the principle of "Health for All Policies". On the one hand, the foundations of the Hungarian public health should be strengthened for renewal, and on the other hand, representatives of other disciplines should be involved in public health activities. Public health relying on a strenghtened and extended professional basis should clarify the future of public health in Hungary, as well as its relations to health care and other sectors.
Keywords: public health; reform

MIÉRT KELL MEGÚJÍTANI?

Számos hazai és nemzetközi dokumentumban szerepelt már az a megállapítás, hogy a magyar lakosság egészsége rosszabb annál, mint ami az ország társadalmi-gazdasági helyzetében elvárható lenne. Az elmaradás szembetűnő a legnagyobb terhet jelentő nem fertőző, krónikus betegségek terén, és közöttük kiemelkedően jelentős a daganatos, valamint a szív- és érrendszeri betegségekben. Nemzetközi tapasztalatok igazolják, hogy e betegségek eredményesen megelőzhetők az egészséges életmód előmozdításával és az egészséget támogató fizikai és társas környezet kialakításával, amelyek átfogó társadalmi, kulturális változások szükségességét feltételezik. Ezek kezdeményezésében és megvalósításának szakmai irányításában a modern népegészségügyé a vezető szerep mindenütt. A hazai egészségindikátorok értékei alapján azonban megállapítható, hogy a magyar népegészségügynek nem sikerült ilyen irányító pozícióba jutnia. A lakosság egészségében évtizedek óta fennálló relatív hátrány ledolgozásához éppen ezért a hazai népegészségügyben újfajta

közpolitikai szerep felvállalása és sikeres „eljátszása” látszik szükségesnek.

HOVÁ KELL ELJUTNI?

Az egészség védelme és fejlesztése össztársadalmi feladat, amit a nemzetközi szakdokumentumokban, fórumokon az egyes nemzetek egészségügyének már évek óta követésre ajánlott „Egészség minden szakpolitikában” (*Health in all policy*) elv foglal össze. Az elv magyarországi alkalmazásához nélkülözhetetlen az egészség társadalmi beágyazottságáról való ismeretek széleskörű elfogadtatása az egészségügyben, a közpolitikai döntéshozók és a lakosság körében. Ehhez el kell érni, hogy visszaszoruljon az a – hazai szakpolitikában ma elterjedt, korszerűtlen – szemlélet, amely a gyógyítás mellett a megelőzést nem tartja egyenrangúan fontosnak, vagy ami eltúlozza az egyén felelősségét életmódjának megválasztásában.

A WHO Egészség2020 dokumentuma[i] ezzel kapcsolatban így fogalmaz: „A mai egészségproblémákat nehéz megoldani, mert azok komplexek, összetettek, többszintűek és gyorsan változók. … Sok XXI. századi egészségprobléma ’ördögi’. Tulajdonságaik alapján komplexek, és az okok és okozatok közötti kapcsolatok aligha lineárisak. Az ’ördögi’ problémákat komplex, nyílt rendszerként szükséges elemezni.”[ii] Ugyanitt, az elhízás visszaszorításával kapcsolatban megállapítják: „Csakis rendszerszintű megközelítés, a kormányzat különböző szintjein megvalósított többféle, az elhízás komplexitását és ’ördögi’ természetét felismerő beavatkozások adnak esélyt visszaszorítására.”

A hazai népegészségügynek ezt a szemléletváltást kell elsőrendű feladatának tekintenie: mindhárom célcsoport, vagyis az egészségügyi szakemberek, a közpolitikai döntéshozók és a lakosság felé egyidejűleg megfelelő kommunikációt, tudásbővítést kell megvalósítania. Az „Egészség minden szakpolitikában” elvre épülő közpolitika az egészségügy mellett természetesen más szektorok egészséget támogató aktivitását is feltételezi, ezért negyedik és ötödik célcsoportként egyéb területek szakemberei és döntéshozói azonosíthatók.

Mennyire felkészült a magyar népegészségügy, mennyire képes a modern népegészségügyi szemlélet képviseletére, ezáltal az egészség terén a lakosság érdekeinek képviseletére?

MIN KELL ELŐSZÖR VÁLTOZTATNI?

1. A hazai népegészségügy szakmai háttere „töredezett”:
   a. A kicsiny magyar népegészségügyi szakma három különálló szervezete és öt szaklapja jól jelzi az egység hiányát, azt, hogy a szakma mennyire „többszólamú”, mennyire eltérő szemlélet, meggyőződés vezeti képviselőit.
   b. Inkoherens a hazai szakembereknek a népegészségügy feladatairól, intézményi struktúrájáról kialakított elképzelése. Részben ez az oka a jelenlegi szervezet működési problémáinak, a fejlesztések sikertelenségének, és végső soron a népegészségügyi beavatkozások elmaradt eredményeinek.
2. Szegényesek a hazai népegészségügy „oldalirányú” kapcsolatai:
   c. A tudomány területén a népegészségügyet a gyógyításfókuszú orvoslás képviseli, elszigetelve más tudományoktól, mint a pszichológia, szociológia, rendszertudomány, társadalomföldrajz stb.
   d. A népegészségügyi tevékenység országos és helyi megvalósításába a köznevelésen kívül nemigen vonják be más szektorok szereplőit.
3. A hazai népegészségügy tevékenysége túlnyomóan az egyénekre irányul:
   e. Az oktatás, a kutatás, a gyakorlat főként az egyén kockázatnak kitettségére, egészségműveltségére fókuszál. Ezt a szemléletet tükrözik a jelenleg leghangsúlyosabb népegészségügyi témák: a rákszűrés, a dohányzásleszokás támogatása, oltások, különféle célú egyéni tanácsadások stb.
   f. Az oktatásból, a kutatásból és a gyakorlatból hiányzik a komplexitás és az

[i] Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization 2013. 58.o.

[ii] A komplex nyílt vagy alkalmazkodó rendszer elterjedt meghatározása: nagyszámú, különböző elem, több szinten kölcsönhatásba lép egymással, és ennek eredményeképpen az egyes elemek hatásaitól eltérő, új, gyakran megjósolhatatlan hatás jelenik meg, ami tartós lehet, sőt, a változó körülményekhez alkalmazkodik.

egészségkultúra szemlélete, azaz a viselkedés és a környezeti kockázatok társadalmi-kulturális beágyazottsága, meghatározottsága.

MIT KELL TENNI?

A hazai népegészségügynek az „Egészség minden szakpolitikában" elv alkalmazásához szükséges szemléletváltás előmozdításához három területen kell mélyreható változást elérnie.

Egyrészt, megerősíteni a népegészségügy szakmai alapjait, komoly erőfeszítéseket tenni a népegészségügyi oktatás és kutatás területén a korszerű ismeretek, megközelítések, gyakorlatok elterjesztése érdekében:

a) széleskörű összefogással kidolgozni a változtatás koncepcióját, és azt szakmai fórumokon megvitatni, elfogadtatni;
b) a magyarországi népegészségügyi tudás koncentrálásához összevonni a népegészségügy szakmai szervezeteit és azok fórumait;
c) az erőforrások hatékony felhasználásához országosan összehangolni az oktatást, továbbképzést, valamint a kutatást.

Másrészt, más tudományágak bevonásával a népegészségügy szélesebb szakmai alapokra helyezése elengedhetetlen, ehhez szükséges:

d) kiterjeszteni a népegészségügy tudományos bázisát, bevonni más tudományágak képviselőit, kiemelten a szociológia, a kulturális antropológia, a pszichológia, a politikatudomány, műszaki tudományok és a rendszertudományok egyes területeiről;
e) az így létrejövő multidiszciplináris munkacsoportoknak, kutatóműhelyeknek – teljesítményük független minősítésének érdekében – belépniük a nemzetközi tudományos szintérre, melyhez a támogatást intézményeik, valamint hazai kutatási pályázatok biztosíthatják.

Ezt követően, a megerősített és kiterjesztett szakmai alapokra támaszkodva tisztázni lehet mind a szakmán belül, mind az egészségügyi szakpolitika számára, hogy

f) milyen népegészségügyi rendszert lenne célszerű létrehozni Magyarországon, és az milyen szervezeti struktúrában, milyen irányítással és finanszírozással működjön;
g) hogyan kell a népegészségügynek kapcsolódnia az egészségügyi rendszer más elemeihez, például az alap- és szakellátáshoz, valamint milyen interszektoriális kapcsolatokat kell kiépítenie.

A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében

Study of factors related to female adolescents' body appreciation

Szerzők: Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina✉
Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged

Beküldve: 2018. 12. 21.
doi: 10.24365/ef.v60i1.396

Összefoglaló:
Bevezetés: A serdülőkor a testi és lelki változások időszaka, ami különösen a lányok számára megterhelő élmény. A serdülő lányok testükkel való elégedettsége csökken, énképük negatívabb irányba változik, ami evészavarokhoz, egészségkárosító viselkedéshez, depresszióhoz vezethet. Jelen kutatásunkban olyan egészségváltozók szerepét vizsgáltuk, melyek befolyásolhatják a serdülő lányok testbecsülésének mértékét.
Módszertan: Vizsgálatunkban 454 szegedi és hódmezővásárhelyi középiskolás lány vett részt (14-20 évesek, átlag= 16,3 év, szórás =1,1). Az adatgyűjtéshez papíralapú, önkitöltős kérdőívet használtunk.
Eredmények: A családban előforduló evészavar és elhízás, a jelenlegi és a múltbéli fogyókúrák, a dohányzás és az alkoholfogyasztás mind hozzájárulnak a testbecsülés mértékének csökkenéséhez. Azonban, aki jobban odafigyel táplálkozására, rendszeresen sportol és saját egészségét jónak vagy kiválónak értékeli, nagyobb fokú testbecsüléssel rendelkezik. A testtömegindex (BMI) szerint, aki vékonyabb, annak a testbecsülés mértéke is magasabb. A testkép értékelése esetében, aki a saját testalkatát vékonyabbnak jelölte, nagyobb fokú testbecsülésről számolt be.
Következtetés: Eredményeink alapján az egészségvédő magatartás, mint a sportolás, a jó saját egészségi állapot megítélése, a saját testalkat vékonyabbként való észlelése, az alacsonyabb BMI és az étkezésre való odafigyelés mind hozzájárulhatnak a testbecsülés mértékének növekedéséhez.
A pozitív testkép kialakítását célzó programok középpontjában gyakran a rizikótényezők állnak, fontos lenne azonban a pozitív testkép protektív komponenseinek hangsúlyozása is, a már meglévő erőforrások erősítése. Jövőbeli kutatások célja lehet a testbecsülés további védőfaktorainak feltérképezése, kialakítása és összefüggéseinek feltárása.
Kulcsszavak: serdülő lányok; testbecsülés; védőfaktorok

Summary:
Introduction: Adolescence is a time of not only physiological but also psychological changes, which period, especially for girls, could be challenging. Girls' satisfaction with their bodies decreases, and negative self-image increases which may lead to eating disorders, depression and adoption of health damaging behaviors. The aim of our study was to investigate the role of health factors in body appreciation among adolescent girls.
Methods: The sample consisted of 454 high school students in Szeged and Hódmezővásárhely (aged between 14-20 years, mean=16.3, SD=1.1). Self- administered questionnaire was used as a method of data collection.
Results: Our findings suggest that the presence of eating disorders and obesity in family members, present and past dieting, smoking and drinking all contribute to low level of body appreciation. However, those who pay attention to what they eat, who engage in sports regularly, who perceive their health as good/excellent possess a higher level of body

appreciation. Those who have lower BMI scores and perceive themselves slimmer also have a higher level of body appreciation.
Conclusion: The results highlight that health protective behaviors like engaging in sports regularly, perceiving one's own health state better, perceiving one's body as slim, having low or normal level of BMI scores and paying attention to healthy eating all contribute to higher level of body appreciation. Most programs focusing on the enhancement of body image may target on risk factors; however it would be important to emphasize protective factors of positive body image, to strengthen one's own resources and to develop other protective factors. The aim of future studies could be the exploration of other protective factors of positive body image and to investigate their relationship.
Keywords: adolescent girls; body appreciation; protective factors

BEVEZETÉS

A serdülőkor gyors és szembetűnő változásokkal járó időszak a felnőtté válás folyamatában. Jelentős mértékű fejlődés tapasztalható többek közt a fizikai megjelenésben, annak megítélésében, a hangulatban, a másokkal való interakcióban.[1] Lányok körében a serdülőkor kevésbé pozitív tapasztalat, mint a fiúk körében.[2] A lányok által tapasztalt testi változások egyre távolítják őket a társadalom által elfogadott ideáltól, például a serdülő lányok testzsír-százaléka nő, a csípő szélesebb lesz.[1] Klump kimutatta, hogy a serdülő lányok testükkel való elégedettsége csökken, énképük negatív irányba változik, ami evészavarokhoz, egészségkárosító viselkedéshez, depresszióhoz vezethet.[3] Ezért is fontos megismerni a serdülők, különösen a lányok testképét befolyásoló tényezők rendszerét. Testképnek az emberi test külsejével, belső szerkezetével és működésével kapcsolatos elképzelések, hiedelmek és érzelmi viszonyulások összességét nevezzük.[4] Tehát a testkép tág kifejezés, amely a személy testével kapcsolatos percepciójára, gondolataira és érzéseire egyaránt vonatkozik.[5]

A testkép fejlődésére vonatkozó megfigyelések szerint a testkép kialakulására és az azzal kapcsolatos élményekre hatással vannak a múltbéli tapasztalatok, környezeti tényezők, illetve az adott körülmények és pszichés folyamatok.[6] Ebbe az is beletartozik, hogy a negatív testkép, a testtel való elégedetlenség, a testképzavar olyan jelenségek, amelyek mélyen a gyermekkorban gyökereznek; a korai tapasztalatok tehát erőteljesen kihatnak a későbbiekre is.[7] A gyermekek négyéves korukra tisztában vannak azzal, hogy melyek a társadalmilag elfogadott megjelenés jegyei.[8] Egy vizsgálat szerint már ötéves lányoknál megjelent az elhízástól való félelem, amely negatívan befolyásolta önértékelésüket és testképüket.[9]

A serdülőkor biológiai és pszichoszociális változásai még erőteljesebben befolyásolják a testhez való viszonyulást, ami megmutatkozik abban, hogy egyre nagyobb szerepet kap a testkép az önértékelésben.[10] Egy a testkép változásával kapcsolatos tanulmány megállapította, hogy a lányok esetében az elégedetlenség 13-15 éves kor között növekszik, 18 éves korig változatlan marad, majd lassan normalizálódik.[11] A serdülő lányok körében gyakori az a vélekedés, hogy a vékonyabb testalkat boldogsággal, attraktivitással és egészséggel társul.[12] Ez a gondolkodás hozzájárul különböző testsúlycsökkentő viselkedések kipróbálásához, fenntartásához, melyek evészavarok kialakulásához vezethetnek.[10]

Láthatjuk, hogy a serdülő lányok esetében a testképről való vélekedés kulcskérdés lehet az étkezési zavarok és az evéssel összefüggő kórképek megelőzésében. A sikeres prevencióhoz azonban pozitív irányú egészségfejlesztési megközelítésére is szükség van. A testkép kutatásában ugyanis két fő irányzatot különböztethetünk meg. Az egyikbe a patológia fókuszú kutatások tartoznak, melyek a negatív vonások (kockázati tényezők) megértésére, prevenciójára, kezelésre helyezik a hangsúlyt.[13] A másik fő irányzat viszont a pozitív testkép protektív tényezőit keresi, melyek megvédik az egyéneket a negatív testkép kialakulásától.[14] Mivel a testtel való elégedetlenség lényegesen gyakoribb témája a kutatásoknak, jelen vizsgálatunk fókuszába a pozitív viszonyulást állítottuk, amelyről jóval kevesebbet tudunk.

A pozitív testképpel foglalkozó kutatások kimutatták, hogy a pozitív testkép a személyiség multidimenzionális összetett eleme, tehát nem lehet a negatív testkép ellentéteként értelmezni.[13] Egyik

összetevője a test megbecsülése (*body appreciation*), mely a test feltétel nélküli elfogadását és tiszteletét jelenti.[15,16] Azok, akik megbecsülik testüket, felismerik, hogy testük egyedi, és elfogadják hibáikat és erősségeiket egyaránt. Figyelnek testük szükségleteire, egészségvédő viselkedést folytatnak, illetve kognitívan visszautasítják a kultúra azon üzeneteit, melyek a túlzott vékonyságot népszerűsítik.[17] Másik összetevője a test belső működésére irányuló figyelem *(internal body orientation)*. Az egyén fókusza arra irányul, hogy teste mit tud, és mit érez, tehát nem a külső megjelenés van a központban.[17] Végül a harmadik összetevője a test funkcióival, azaz a test fizikai képességeivel való elégedettség és elfogadás.[17]

A korral a testbecsülés mértéke nő: az elégedetlenség inkább a fiatal nőkre és lányokra jellemző.[18] Ezért is fontos, hogy megismerjük, milyen tényezők járulnak hozzá, illetve gátolják a magas szintű testbecsülést ebben az életkorban. A testről alkotott pozitív kép igen erősen összefügg az étkezésre odafigyeléssel, valamint a családtól ezzel kapcsolatban kapott jelzésekkel.[19] A testbecsülést természetesen erőteljesen befolyásolja az is, hogy az egyén mennyire internalizálja az idealizált vékony testképet, hiszen ennek tükrében ítéli meg saját és mások testét is.[20] Ezzel kapcsolatban egy kutatásban, amelyet brazil serdülők körében végeztek, a testbecsülés negatív összefüggést mutatott a testtömegindex értékével, azaz minél vékonyabb volt valaki, annál nagyobb mértékben fogadta el és becsülte meg saját testét.[21] Hasonló eredményre jutottak egy dán-portugál-svéd vizsgálatban is, amelyet 12-19 évesek körében végeztek, bár az összefüggés csak a portugál mintában lett szignifikáns: a svéd és dán fiatalok testbecsülése nem függött a testtömegindexüktől.[22] Ugyanakkor a testbecsülés egyfajta védelmet is jelent a soványságideállal kapcsolatos társadalmi normák ellen.[23]

A kutatások azt mutatják, hogy a testhez való pozitív viszonyulás, a testbecsülés szorosan összefügg az egészségtudatossággal, az egészségmagatartással. Egy amerikai tinédzserek körében végzett kutatás arról számolt be, hogy a káros szenvedélyek egyértelműen alacsonyabb testbecsüléssel járnak a lányok esetében, míg a fiúkra ez nem volt jellemző.[24] Egy egyetemistákkal végzett vizsgálat azt igazolta, hogy a nemdohányzók saját testüket is jobban megbecsülték, mint dohányzó társaik.[25] A sport viszont kedvezően hat a test pozitív megítélésére.[26] Főiskolás lányokkal végzett vizsgálatban igazolták, hogy a testbecsülés pozitívan korrelált a hobbiból végzett fizikai aktivitással.[27] A testbecsülés ugyanis előrevetíti azt, hogy odafigyelünk a testünk igényeire, elősegítjük, hogy egészséges maradjon. Egy 12-16 éves serdülők körében végzett vizsgálat szoros negatív kapcsolatot talált a testbecsülés, valamint az egészségmagatartások közül a következők között: alkohol- és cigarettafogyasztás, fogyókúrázás, míg a sportolással a kapcsolat pozitívnak bizonyult.[28]

A családi hatásoknak a testkép alakulásában szintén jelentős szerepük lehet.[29] A családban öröklődő bizonyos normák, szokások – a genetikai hajlamokon túl – befolyásolják nemcsak a testkép alakulását, a soványság vagy az elhízás megítélését, hanem az étkezési stílust is, vagy akár az étkezési zavarok kialakulását.[30,31] Az elhízás a családon belül gyakran halmozódik, aminek nemcsak genetikai okai lehetnek, hanem a testképpel kapcsolatos vélekedések és az étkezési szokások átvétele is.[32] A testbecsüléssel kapcsolatban nincsenek még adatok arról, hogy a családban előforduló elhízás vagy étkezési zavar hogyan befolyásolja a serdülő lányok testképét, azonban úgy gondoljuk, fontos lenne ebben az irányban is vizsgálatokat végezni. Végül érdemes megemlíteni, hogy a társadalmi helyzet is kihat a testről alkotott képünkre, hiszen a felsőbb társadalmi osztályok ideálképe a társas összehasonlítás révén erőteljesen hat rá.[7]

Amint láthatjuk, a testhez való viszonyulást sokféle hatás formálja. Míg azonban a kutatások zöme a negatív testképet állítja a középpontba, a prevenció szempontjából ugyanilyen fontos a pozitív testkép vizsgálata. Kutatásunk fókuszába ezért a magas fokú testbecsülést állítottuk. Jelen tanulmány célja, hogy bemutassa, a különböző egészségváltozók milyen mértékben befolyásolják a testbecsülést. A vizsgált egészségváltozók: fogyókúrázási szokások, dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolási szokások, családban előforduló elhízás, illetve evészavar, a saját egészségi állapot megítélése, étkezéssel kapcsolatos szokások megítélése, BMI, ideális testalkat megítélése a nők számára, továbbá önmaga számára, illetve a saját testalkat megítélése. Hipotéziseink a következők voltak:

1) Feltételeztük, hogy a szerfogyasztás (alkohol, dohányzás), a fogyókúrázás, a BMI, az ideális

testkép vékonyabb irányba eltolódása, valamint a családban előforduló elhízás és evészavar esélycsökkentő hatást jeleznek.
2) Feltételeztük, hogy az egészség kedvező megítélése, a saját testalkat vékonyabbnak értékelése, a sportolás, a magasabb társadalmi osztályba sorolás és az, ha valaki odafigyel a táplálkozására, növeli az esélyét a magasabb szintű testbecsülésre.

MÓDSZERTAN

Az adatgyűjtést szegedi és hódmezővásárhelyi gimnáziumokban és szakiskolákban, 2018. március és június között végeztük. Igyekeztünk olyan iskolákat és osztályokat választani, ahol teljesen vagy többségben lányok tanulnak, amelyekről tudtuk, hogy a lányok által preferált szakirányok, specializációk jellemzők, pl. egészségügy, művészeti képzés. Előzetesen konzultáltunk az illetékes védőnővel, majd érdeklődtünk, hogy az egyes osztályokban milyen a nemi összetétel. Az etikai engedélyt az SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola adta ki (eng. sz.: 2/2018). Az adatgyűjtéshez papíralapú, önkitöltős kérdőívet használtunk. A kitöltést megelőzte a megfelelő tájékoztatás, és a szülői beleegyező nyilatkozatok megszerzése. A vizsgálatban részvétel önkéntesalapú és anonim volt. Az osztályfőnöki óra keretein belül került sor a kérdőívek kitöltésére. Vizsgálatunkban 454 középiskolás lány vett részt (14-20 évesek).

A kérdőív tartalmazott antropológiai jellemzőkkel kapcsolatos kérdéseket (testmagasság, testsúly, ami alapján a testtömegindexet számítottuk). Családdal összefüggő kérdéseket (elhízás, evészavar, szülők iskolai végzettsége), egészségmagatartásra utaló kérdéseket (sportolási szokások, alkoholfogyasztás, dohányzás, étkezési szokások, saját egészségi állapotról való vélekedés), saját testképpel kapcsolatos vélekedésre vonatkozó kérdéseket (testbecsülés, emberalakteszt-értékelés).

A kérdőív központi részét a Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), vagyis a Testi Megbecsülés Skála alkotta.[33] A kérdőív az eredeti skála (BAS) továbbfejlesztett változata, aminek a fordításához a szerzők figyelembe vették az eredeti, BAS verziójának magyar nyelvű változatát, amit Testértékelési Skála néven Béres, Czeglédi és Babusa adaptált és vizsgált a testedzésfüggőség témakörében.[34] Az új változatot azért választottuk, mert a szakirodalomban ez az újabb, javított verzió terjedt el, amit a pszichometriai értékek is alátámasztottak. A BAS-2 skála 10 kérdéskört tartalmaz, melyek az irányultságukat illetően négy nagy kategóriába sorolhatók. Az egyik kérdéskör a saját testhez kapcsolódó pozitív vélekedésekre utal („Pozitívan viszonyulok testemhez"), a második kérdéscsoport a saját test elfogadására irányul, mely magába foglalja a test teljes elfogadását minden hibájával együtt. („Értékelem/becsülöm a testem egyediségét és sajátosságait"). A harmadik nagy csoport a test tiszteletére vonatkozik, mely kiterjed a test gondviselésére („Odafigyelek a testem szükségleteire"). Az utolsó nagy kérdéskör a test védelmével foglalkozik, mely a média által mutatott irreális testideál visszautasítását jelenti („Szépnek érzem magam, még akkor is, ha különbözöm a médiában megjelenő vonzó emberektől, pl. színésznők, modellek"). Mindezen nézőpontok tükrözik a test feltétel nélküli elfogadását és tiszteletét. A válaszadásra 5-fokú Likert-skálát alkalmaztunk (1=soha, 5= mindig). Saját mintánkkal – az eredeti kutatáshoz hasonlóan (Cronbach alfa=0,93) – igen magas megbízhatósági mutató igazolható.
Az eredeti közlemény óta számos nyelvre és különböző populációra adaptálták a BAS-2 skálát. Eredetileg 18 évnél idősebb korosztályra dolgozták ki, és számos nemzetközi fordítása és alkalmazása során jó statisztikai mutatókkal rendelkezik hasonló korú felnőtt mintákon, például kínai[35], holland[36], portugál[37], lengyel[38], román[39] és francia[40] populációkban. A skálát sikerrel alkalmazták 12-19 éves serdülőkből és fiatalokból álló mintán is.[22] Ezenkívül 9-12 éves gyermekekre is adaptálták.[41]

Az emberalakteszthez a Fallon & Rozin (1985) emberalakrajz-tesztet használtuk.[42] A teszt 7 vagy 9 különböző tápláltsági állapotú alakrajzot tartalmaz a soványtól a túlsúlyosig. A megkérdezetteknek meg kell jelölni a saját testalkatuknak megfelelőt, a maguk számára ideális testalkatot, illetve a nők számára ideális testalkatot. Jelen vizsgálatban a 7 alakrajzot tartalmazó tesztet alkalmaztuk.

A családdal kapcsolatos kérdések arra irányultak, hogy van-e elhízott családtag, illetve van-e evési zavarral küzdő személy a családban. („Van-e a

családban elhízás? Ha igen, ki az?" Van-e a családban evési zavarral küzdő? Ha igen, ki az? Ha igen, milyen típusú evési zavara van?")

Az egészségmagatartás témakörébe tartozó kérdések egészségvédő és egészségkárosító magatartásformákra irányultak:„Sportolsz-e az iskolai kötelező testnevelési órákon kívül? Ha igen, milyen rendszerességgel?"
Az étkezési szokásokkal kapcsolatos kérdések a fogyókúrázás, az étkezésre való odafigyelés témákat tartalmazták: „Fogyókúrázol-e jelenleg?"; „Fogyókúráztál-e már életedben?"; „Az elmúlt 3 hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?"
Az egészségkárosító viselkedés esetében az alkoholfogyasztásra és a dohányzásra kérdeztünk rá: „Az elmúlt 3 hónapban kb. mennyit dohányoztál?"; „Az elmúlt 3 hónapban hányszor ittál alkoholt?"; Az elmúlt 3 hónapban hányszor ittál nagyobb mennyiségű, több pohár alkoholt?"
A saját egészségi állapotról való vélekedésre egy kérdés utalt: „Milyennek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?"
Az elemzéseket SPSS 15.0 statisztikai programcsoporttal végeztük. A leíró statisztikán túl esélyhányadosok kiszámításával azt kívántuk megállapítani, hogy mely tényezők járulnak hozzá, illetve gátolják a magas fokú testbecsülést. Ehhez bináris logisztikus regressziót alkalmaztunk, amelynek során az egyes független változók esélynövelő vagy -csökkentő hatását elemeztük külön-külön. A bináris logisztikus regresszió elemzéséhez két csoportot alakítottunk ki a testbecsülés skála összpontszámának medián értéke alapján, egy magasabb és egy alacsonyabb szintű testbecsüléssel rendelkezőt.

Az értékelésnél az 1-nél nagyobb esélyhányados (EH = esélyhányados) esélynövelő, az 1-nél kisebb pedig esélycsökkentő hatással rendelkezett a magas fokú testbecsülésre vonatkozóan. A szignifikancia igazolásához a p érték mellett 95%-os konfidencia intervallumot (CI95%) számítottunk ki.

EREDMÉNYEK

A minta átlagéletkora 16,3 év volt (szórás =1,1). A megkérdezett lányok 34,4%-a 9., 33%-a 10., 21,4%-a
11. és 11,4%-a 12. évfolyamra járt. A társadalmi helyzettel kapcsolatban többségük (65,5%) a középosztályt jelölte meg, míg az alsó osztályt 1,6%, az alsó-középosztályt 6,7%; felső-középosztályba sorolta magát 25,7% és 0,4% a felső osztályba.
Az 1. táblázatban a minta további szociodemográfiai jellemzői és a vizsgálatban szereplő független változók leíró statisztikája látható. A megkérdezett serdülők családjának 38,9%-ában fordul elő elhízás és 6,7%-ában evészavar. Az egészségmagatartás változóit tekintve a minta 60,6%-a sportol, 25,6%-a dohányzik jelenleg, alkoholt 67,3% szokott fogyasztani, a nagyivás prevalenciája 43,1%. A serdülő lányok 78,9%-a jónak vagy kiválónak értékelte saját egészségét. Étkezésére 71,8%-uk legalább időnként odafigyel. Jelenleg 19,2% fogyókúrázik közülük, viszont ennek élettartam- prevalenciája 47,6%. A BMI értékük átlaga 21,36. Saját testképükhöz viszonyítva (4,73) ideális testképüknek jóval vékonyabb alakot jelöltek meg (5,51), ami még annál is vékonyabb, mint amit általában a nők számára jelöltek be (5,1).

1. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői és a vizsgálatban szereplő független változók leíró statisztikája

Változók	Gyakoriság n (%)	Átlag (szórás) [terjedelem]
Kor (év)		16,30 (1,12) 14 - 20
Elhízás a családban igen nem	 175 (38,9) 275 (61,0)	
Evészavar a családban igen nem	 30 (6,7) 419 (93,3)	
Sportol-e? igen nem	 275 (60,6) 179 (39,49	

Dohányzik-e? igen nem	 116 (25,6) 338 (74,4)	
Alkoholt fogyaszt-e? igen nem	 305 (67,3) 148 (32,7)	
Nagyivás igen nem	 195 (43,1) 257 (56,9)	
Egészség önértékelése rossz/elfogadható jó/kiváló	 96 (21,1) 358 (78,9)	
Odafigyel az étkezésre nem v. kissé időnként/legtöbbször/mindig	 128 (28,2) 326 (71,8)	
Fogyókúrázik-e jelenleg? igen nem	 87 (19,2) 367 (80,8)	
Fogyókúrázott-e valaha? igen nem	 216 (47,6) 238 (52,4)	
BMI		21,36 (3,93) (14,14 - 43,51)
Saját testkép (vékonyabb)		4,73 (1,55) (1 - 7)
Számára ideális testkép (vékonyabb)		5,51 (0,98) (1 - 7)
Nők számára ideális testkép (vékonyabb)		5,10 (0,91) (2 - 7)

Forrás: saját szerkesztés

A 2. táblázatban a testbecsülés és a független egészségváltozók közötti kétoldalú kapcsolatokat jellemző esélyhányadosokat láthatjuk. Itt arra voltunk kíváncsiak, hogy ezek megléte külön-külön hogyan járul hozzá a test becsüléséhez.

A fogyókúra esetében mind a jelenlegi (EH=0,38; CI95% CI=0,23–0,63; p<0,001), mind pedig az élettartam prevalencia (EH=0,46; CI95%I=0,32–0,68; p<0,001) jelentősen csökkenti annak esélyét, hogy a serdülő lányok becsülni tudják saját testüket. A családban előforduló evészavar (EH=0,25; CI95%=0,10–0,60; p<0,01) és elhízás (EH=0,66; CI95%=0,45–0,97; p<0,05) szintén azzal jár, hogy a serdülő lányok kevésbé értékelik saját testüket.

Az egészségmagatartás- változók közül a dohányzás prevalenciája szintén jelentősen csökkenti a testbecsülés mértékét (EH=0,48; CI95%=0,31–0,74; p<0,001), és ugyanez elmondható az alkoholfogyasztásról is. A sportolás viszont növeli a testbecsülést (EH=2,04; CI95%=1,38–3,00; p<0,001). Szintén meghatározó a táplálkozás: aki jobban odafigyel táplálkozására, annak lényegesen jobb a saját testéhez való viszonyulása is (EH=1,75; CI95%=1,15–2,66; p<0,01).

Az, aki saját egészségét jónak vagy kiválónak értékeli, nagyobb valószínűséggel becsüli saját testét is (EH=5,31; CI95%=3,13–9,04; p<0,001). A testtömegindex (BMI) szerint, aki vékonyabb, annak a testbecsülés mértéke is jobb; a testtömegindex növekedésével azonban a testbecsülés mértéke is csökken (EH=0,94; CI95%=0,89–0,98; p<0,01). A testkép értékelése egy esetben bizonyult szignifikánsnak: aki a saját testalkatát vékonyabbnak jelölte, annak testbecsülés mértéke is jobb lett (EH=1,36; CI95%=1,20–1,55; p<0,001).

Végül a társadalmi hovatartozás szerepét vizsgálva azt állapíthatjuk meg, hogy a magukat felsőbb társadalmi osztályba sorolók testbecsülésének mértéke is a magasabb értékek felé tolódott el (EH=2,03; CI95%=1,30–3,17; p<0,01). A kor szerepe viszont nem bizonyult szignifikánsnak.

2. táblázat: A testbecsülést befolyásoló tényezők bináris logisztikus regresszióelemzése (EH, esélyhányados)

Prediktor változók	Magasfokú testbecsülés EH[b] (CI95%)[c]
Fogyókúrázol jelenleg?***	
Nem[a]	1,00
Igen	0,38 (0,23 - 0,63)
Fogyókúráztál valaha?***	
Nem[a]	1,00
Igen	0,46 (0,32 - 0,68)
Elhízás a családban*	
Nem[a]	1,00
Igen	0,66 (0,45 - 0,97)
Evészavar a családban**	
Nem[a]	1,00
Igen	0,25 (0,10 - 0,60)
Dohányzás***	
Nem[a]	1.00
Igen	0,48 (0,31 – 0,74)
Fogyasztott alkoholt?*	
Nem[a]	1,00
Igen	0,61 (0,41 – 0, 91)
Nagyivás*	
Nem[a]	1,00
Igen	0,64 (0,44 – 0,94)
Sportol?***	
Nem[a]	1,00
Igen	2,04 (1,38 – 3,00)
Saját egészségi állapot megítélése***	
Rossz/elfogadható[a]	1,00
Jó/kiváló	5,31 (3.13 – 9,04)
Étkezésre mennyire figyel oda?**	
Egyáltalán nem/kissé[a]	1,00
Időnként/legtöbbször/mindig	1,75 (1,15 – 2,66)
BMI**	0,94 (0,89 – 0,98)
Saját testalkat megítélése (1-7; vékonyabb testalkat felé)***	1,36 (1,20 – 1,55)
Nők számára ideális testalkat (1-7; vékonyabb testalkat felé)	0,94 (0,76 – 1,15)
Számára ideális testalkat (1-7, vékonyabb testalkat felé)	0,86 (0,71 – 1,04)
Társadalmi osztály önbesorolás**	
Alsó, alsó-közép, középosztály[a]	1,00
Felső-közép, felső osztály	2,03 (1,30 – 3,17)
Kor	0,99 (0,84 – 1,18)

Megjegyzés: Az egyes független változók és a függő változó kapcsolatát jellemző esélyhányadosok a külön-külön elvégzett logisztikus regresszió elemzésekből származnak.
[a]Referencia kategória, [b]EH (esélyhányados), [c]CI95% (95%-os konfidencia intervallum), *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

Jelen kutatásunkban olyan egészségváltozók szerepét vizsgáltuk, melyek befolyásolhatják serdülő lányok testbecsülésének mértékét. A családhoz kapcsolódó tényezőkön túl, vizsgáltunk egészségkárosító és egészségvédő magatartási mutatókat, étkezéssel kapcsolatos szokásokat, illetve testalkattal kapcsolatos vélekedéseket.

A család fontos szerepet játszhat a serdülő lányok testképének alakulásában, az étkezési szokások megalapozásában, valamint evési zavarok és a testsúllyal kapcsolatos problémák előfordulásában.[29-32] Ezért feltételeztük, hogy az elhízás vagy az evészavar családi jelenléte meghatározó előrejelzője lehet a testbecsülés mértékének. A megkérdezettek 38,9%-a jelezte, hogy van elhízott családtag, és 6,7%-ánál fordul elő evészavar a családban. Eredményeink szerint ezen tényezők hozzájárulhatnak a testbecsülés csökkent mértékéhez. Mindkét esetben láthatjuk, hogy a testbecsülés alacsonyabb mértékű, amennyiben van elhízott, illetve evészavarral küzdő családtag. A testbecsüléssel kapcsolatos üzenetek több úton érkezhetnek a serdülőhöz. A szülők és más családtagok direkt üzeneteket küldve jelezhetik véleményüket, viszonyulásukat nemcsak saját, de a serdülő testével kapcsolatban is. A direkt üzenetek tartalmazhatnak kinézetre, testsúlyra utaló kritikát, továbbá buzdíthatnak diétázásra, étkezési szokások megváltoztatására.[43] Egy tanulmány kimutatta, hogy ezen üzenetek kapcsolatban állnak a testtel való elégedetlenséggel a serdülő lányok körében.[44] Azonban nemcsak direkt kommunikáción keresztül befolyásolják a szülői megnyilvánulások a serdülő attitűdjét teste felé, hanem indirekt úton is. A szülők viselkedése és viszonyulása saját testük felé szintén közvetít üzeneteket. Tehát a serdülő megfigyeli a szülői magatartást és szokásokat, mely során adoptálhat étkezéssel, sportolással és egyéb egészségvédő, illetve egészségkárosító viselkedéssel kapcsolatos magatartásmódokat.[45] Egy vizsgálat kimutatta, hogy a serdülő lányok testükkel való elégedetlenségének mértéke megegyezik a szülők testükkel való elégedetlenségével.[43] Azonban más vizsgálatok ezt nem igazolták, így további kutatásokra van szükség ezen elképzelés bizonyítására.[46]

Kutatásunk eredményei szerint az étkezési szokások tekintetében a fogyókúrázási szokások befolyásolhatják a testbecsülés mértékét. Az a tény, hogy a serdülő fogyókúrázott-e már korábban, illetve a vizsgálat idején, csökkenti annak esélyét, hogy a serdülő lány megbecsülje saját testét. Korábbi vizsgálatok is szoros kapcsolatot találtak a testbecsülés és a fogyókúrázás között: aki fogyókúrázik, azért teszi, mert elégedetlen a testével, kevésbé becsüli meg saját testét.[28]

Az étkezésre való odafigyelés is meghatározó tényező a testbecsülés tekintetében. Vizsgálatunkból kiderül, hogy egyértelműen nő a testbecsülés mértéke az étkezésre való odafigyeléssel. Valószínűsíthető, hogy azon serdülők, akik odafigyelnek étkezésükre vagy egészségtudatosabbak és egészségük megóvása érdekében, illetve testük fontosságának tudatában cselekszenek, vagy külső megjelenésük, a kinézettel kapcsolatos elvárásoknak való megfelelés játszik szerepet az életükben. Az egészségtudatosság más kutatásban is összefügg a testbecsüléssel.[25] Az egészségtudatosság megnyilvánul abban is, hogy azok, akik megbecsülik a saját testüket, kevésbé hajlamosak egészségkárosító viselkedésre. Jelen vizsgálatban arra voltunk kíváncsiak, hogy a nagyivás és a dohányzás hogyan függ össze a testbecsülés mértékével. Az eredményekből látható, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás negatív összefüggést mutat, azaz a testbecsülés mértéke csökken. Ez megfelel korábbi vizsgálatok eredményeinek.[24,25]

Az egészségtudatosság másik jelentős megnyilvánulása az egészségvédő magatartás. A sportolásról szóló eredményeinkből látszik, hogy az egyértelműen pozitív szerepet tölt be a testbecsülés mértékét illetően. Azaz a sportoló serdülő lányok nagyobb valószínűséggel jobban megbecsülik testüket, mint a nem sportolók. Ez szintén egybecseng korább adatokkal.[27,28] Gaspar és munkatársai egy vizsgálatukban kimutatták, hogy a fizikai aktivitásnak protektív szerepe van a testképpel való elégedetlenséggel szemben.[46] Azonban a tekintetben, hogy miért sportolnak a serdülő lányok, megoszlanak a vélemények. Egyes kutatások szerint a sportolási szokásokat befolyásoló tényezők közé sorolható a saját testsúly észlelése, továbbá a testtömegindexnek (BMI) szignifikáns közvetítő szerepe van a testsúllyal való elégedetlenség és a fizikai aktivitás között.[47,48] Frank és munkatársai egyik tanulmányukban arról számoltak be, hogy minél inkább nagyobb testsúlyúnak ítéli meg saját magát a

serdülő lány, annál inkább belekezd testsúlycsökkentő viselkedésbe, mely lehet sportolás vagy diétázás.[47,49] Azon serdülő lányok, akik azért sportoltak, hogy fogyjanak vagy tartsák testsúlyukat, nagyobb eséllyel látták magukat túlsúlyosnak. Ez az eredmény szinkronban áll Guedes és munkatársai eredményeivel, miszerint azok, akik túlsúlyosnak látják magukat, a sportot testsúlykontrolláló eszközként használják, illetve mint a megjelenést javító viselkedésként tekintenek a sportra.[48] További vizsgálatok szükségesek a sport és a testképpel való elégedettség, valamint a testbecsülés közötti összefüggések mélyebb értelmezéséhez.

A BMI különbözőképpen befolyásolja, hogy a serdülő hogyan észleli testképét és azzal való elégedetlenségét. Így a BMI hatással van arra, hogy miként vélekedik a serdülő lány a testéről, és milyen módszereket alkalmaz, hogy megváltoztassa testképét.[46] Ezen eredmények egybecsengenek jelen kutatásunk eredményeivel. Azaz, a testtömegindex és a saját testalkat megítélése is egyenes irányú összefüggést mutatott a testbecsülés mértékével. Minél vékonyabbnak ítéli meg saját testalkatát és minél alacsonyabb a testtömegindexe, annál inkább becsüli saját testét a serdülő lány. Ezt korábbi vizsgálatok is megerősítik[21], bár a kulturális hovatartozás módosíthatja ezt az összefüggést.[22] Jelentős különbségek lehetnek ugyanis abban, hogy a vékony testkép internalizációja milyen mértékben válik társadalmi normává.[20]

Eredményeink szerint a saját egészségi állapot megítélése is lényeges elem a testbecsülés szempontjából: azon lányok, akik jónak vagy kiválónak ítélték meg egészségi állapotukat, jobb testbecsüléssel rendelkeznek, mint azok, akik rossznak ítélték meg. Azaz a jó egészségi állapot hozzájárulhat a test pozitívabb megítéléséhez. Ez szintén az egészségtudatosság szerepét emeli ki.[25] Silva és munkatársai szerint azon lányok, akik nem sportoltak szabadidejükben és túlsúlyosak voltak, nagyobb eséllyel vélekedtek negatívan egészségi állapotukról.[50] Tehát az egészségvédő magatartás, mint a sport és a testsúly ideális megítélése, befolyással bír az egészségi állapot megítélésében.

Végül a társadalmi helyzet értékelése is szignifikáns prediktornak bizonyult: a magukat felsőbb társadalmi osztályba sorolókat nagyobb mértékű testbecsülés jellemezte.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy eredményeink alapján az egészségvédő magatartás, mint a sportolás, a jónak ítélt saját egészségi állapot, a saját testalkat vékonyabbnak észlelése, az alacsonyabb BMI és az étkezésre való odafigyelés mind hozzájárulhatnak a testbecsülés mértékének növekedéséhez. Ezzel kapcsolatos hipotéziseink tehát beigazolódtak. Szintén megfeleltek eredményeink azoknak a hipotéziseinknek, amelyek szerint a családban előforduló elhízás vagy evészavar, illetve az egészségkárosító magatartások (dohányzás, alkoholfogyasztás) és fogyókúrázás csökkent testbecsüléssel járnak. A tanulmányunk korlátai közül meg kell említeni, hogy bár az esélyhányadosok kiszámítása gyakorlati jelentőséggel bír, a dichotomizált változók képzése információveszteséggel is jár. Úgy gondoltuk, hogy a skála első alkalmazása során - mintegy előteszteléseként - ezt a formát választjuk az esélycsökkentő és -növelő hatások jobb átláthatóságához. Ezért mindenképpen jövőbeli kutatások célja lehet további tényezők feltérképezése, és ezek összefüggéseinek feltárása a testbecsüléssel, valamint a kétoldalú kapcsolatokon túl többváltozós modellek tesztelése.

Számos helyen léteznek már olyan egészségfejlesztési programok, amelyek a testképet helyezik a középpontba, általában ezen programok a testképpel együtt az étkezési zavarok témakörét is magukba foglalják.[51] Gyakori, hogy a pozitív testkép kialakítását célzó programok is legtöbbször a rizikótényezőket állítják a középpontba, azonban emellett fontos lenne a pozitív testkép protektív tényezőinek hangsúlyozása is, a már meglévő erőforrások erősítése és további védőfaktorok kialakítása. Hatékonyabb lehet, ha olyan üzeneteket küldünk a serdülőknek, melyek a testtel való elégedettséget erősítik, illetve azon törekvést, hogy gondoskodjanak testükről. Fontos lehet az ún. médiatudatosság erősítése is, a média által közvetített üzenetek, pl. a vékony testalkat propagálása, a nem valós képek bemutatása elleni reziliencia kifejlesztése. Mivel Magyarországon az egészségfejlesztési programok még ritkán fókuszálnak a testképpel kapcsolatos üzenetekre, kutatásunk eredményeivel szeretnénk hozzájárulni pozitív testkép kialakítását elősegítő és megerősítő program kialakításához.

HIVATKOZÁSOK

[1] Ricciardelli LA, Yager Z. Adolescence and body image from development to preventing dissatisfaction. Routledge, Abingdon, Eng., 2016, p.55. doi: 10.4324/9781315849379
[2] Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. BMC Psychiatry 2016;18:6. doi: 10.1186/s12888-018-1591-4
[3] Klump Kl. Puberty as a critical risk factor for eating dsorders: A review of human and animal studies. Horm Behav 2013;64:399–410. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.02.019
[4] Helman CG. Kultúra, egészség és betegség. Medicina Kiadó, Budapest, 2003.
[5] Cash TF. Body image: Past, present and future. Body Image 2004;1:1–5. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00011-1
[6] Cash TF. Cognitive-bahavioral perspective on body image. In: Body image. A handbook of science, practice and prevention. (Eds.: Cash TF Pruzinsky T.) Guilford Press, New York, 2011, pp. 39–48.
[7] Grogan S. Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women, and children. Routledge, London and New York, 2008.
[8] Damiano SR, Gregg KJ, Spiel EC, et al. Relationships between body size attitudes and body image of 4-year-old boys and girls, and attitudes of their fathers and mothers. J Eat Disord 2015;3:16. doi: 10.1186/s40337-015-0048-0
[9] Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. Clin Psychol Rev 2001;21(3):325–44. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00051-3.
[10] Levine MP, Smolak l. Body image develpoment in adolscence. In: Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice, Cash TF, Pruzinszky T (eds.) Guilford Press, New York, 2002, pp. 74–82. doi: 10.1080/10640260390218738.
[11] Rosenblum CD, Lewis M. The relationship among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence. Child Development 1999;70:50-64.
[12] Wertheim EH, Paxton SJ. Body image development in adolescent girls. In: Body image. A handbook of science, practice and prevention. In: Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice, Cash TF, Pruzinszky T (eds.) Guilford Press, New York, 2011, pp. 76–84. doi: 10.1080/10640260390218738.
[13] Tylka TL. Positive psychology perspectives on body image. In Body image: A handbook of science, practice, and prevention (2nd ed), Cash TF, Smolak L (eds.) Guilford Press, New York, 2011, pp. 56–64.
[14] Choate LH. Toward a theoretical model of women's body image resilience. J Couns Develop 2005;83:320–30. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00350.x.
[15] Avalos LC, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. Body Image 2005;2:285–97. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002.
[16] Wood-Barcalow NL, Tylka TL, Augustus-Horvath CL. „But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. Body Image 2010;7:106–16.doi: 10.1016/j.bodyim.2010.01.001.
[17] Homan KJ, Tylka TL. Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. Body Image 2014;11:101–8. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.01.003.
[18] Tiggemann M, McCourt A. Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. Body Image 2013;10(4):624–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.07.003.
[19] Iannantuono AC, Tylka TL. Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. Body Image 2012;9(2):227–35. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.01.004
[20] Andrew R, Tiggemann M, Clark L. Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. Body Image 2016;18:34–42. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.003.
[21] Alcaraz-Ibáñez M, Cren Chiminazzo JG, Sicilia Á, Teixeira Fernandez P. (2017): Examining the psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adolescents. Psychol Soc Educ 2017;9(3): 505–15. doi: 10.25115/psye.v9i3.1101

[22] Lemoine JE, Konradsen H, Lunde Jensen A, Roland-Lévy C, Ny P, Khalaf A, Torres S. Factor structure and psychometric properties of the BodyAppreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. Body Image 2018:26:1–9. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.04.004
[23] Iannantuono AC, Tylka TL. (2012). Interpersonal and intrapersonal links to body appreciation in college women: An exploratory model. Body Image 2012;9:227–35. doi:10.1016/j.bodyim.2012.01.004
[24] Jones A, Winter VR, Pekarek E, Walters J. Binge drinking and cigarette smoking among teens: Does body image play a role? Chilld Youth Serv Rev 2018;91:232–6. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.06.005.
[25] Dumitrescu AL, Zetu L, Teslaru S, Dogaru BC, Dogaru CD. Is it an association between body appreciation, self-criticism, oral health status and oral health-related behaviors? Rom J Int Med 2008;46(4): 343–50.
[26] Cox AE, Ullrich-French S, Howe HW, Cole AN. A pilot yoga physical education curriculum to promote positive body image. Body Image 2017;23:1–8. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.07.007.
[27] Homan KJ, Tylka TL. Appearance-based exercise motivation mode-rates the relationship between exercise frequency and positive body image. Body Image 2014;11:101–8. http://dx.doi.org/10.1016/j.bod-yim.2014.01.003
[28] Andrew R, Tiggemann M, Clark L. Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. Dev Psychol, 2016;52:463–74.
[29] Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. Nutr Rev 2004;62:39–50. doi: 10.1301/nr.2004.jan.39–50
[30] Webb JB, Rogers CB, Etzel L, Padro MP. “Mom, quit fat talking—I'm trying to eat (mindfully) here!”: Evaluating a sociocultural model of family fat talk, positive body image, and mindful eating in college women. Appetite 2018;126:169–75. doi: 10.1016/j.appet.2018.04.003
[31] Arroyo A, Segrin C, Anderson KK. Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters. Body Image 2017;20:107–15. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.01.001
[32] Sonneville KR, Calzo JP, Horton NJ, Haines J, Austin SB, Field AE. Body satisfaction, weight gain, and binge eating among overweight adolescent girls. Int J Obes 2012;36:944–9. doi: 10.1038/ijo.2012.68
[33] Tylka TL., Wood-Barcalow NL. The body appreciation scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. Body Image 2015;12:53–67. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.09.006.
[34] Béres A, Czeglédi E, Babusa B. A testedzésfüggőség és a testkép vizsgálata fitneszedzést végző nők körében. Mentálhig Pszichoszom 2013;14:91-114. doi: 10.1556/Mental.14.2013.2.1
[35] Swami V, Ng SK, Barron D. Translation and psychometric evaluation of a Standard Chinese version of the Body Appreciation Scale-2. Body Image 2016;18:23-6. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.005
[36] Alleva JM, Martijn C, Veldhuis J, Tylka TL. A Dutch translation and validation of the Body Appreciation Scale-2: An investigation with female university students in the Netherlands. Body Image 2016; 19:44–8. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.08.008
[37] Meneses L, Toreres S, Miller KM, Barbosa MR. Extending the use of the Body Appreciation Scale -2 in older adults: A Portuguese validation study. Body Image 2019;29:74-81. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.02.011
[38] Razmus M, Razmus W. Evaluating the psychometric properties of the Polish version of the Body Appreciation Scale-2. Body Image 2017;23:45-9. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.07.004
[39] Swami V, Tudorel O, Goian C, Barron D, Vintila M. Factor structure and psychometric properties of a Romanian translation of the Body Appreciation Scale-2. Body Image 2017;23:61-8. doi: 10.1016/j.bod-yim.2017.08.001
[40] Kertechian S, Swami V. An examination of the factor structure and sex invariance of a French translation of the Body Appreciation Scale-2 in university students. Body Image 2017;21:26-9. doi: 10.1016/j.bod-yim.2017.02.005
[41] Halliwell E, Jarman H, Tylka T, Slater A. Adapting the Body Appreciation Scale-2 for Children: A psychometric analysis of the BAS-2C. Body Image 2017;21:97-102. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.03.005
[42] Falon AE, Rozin P. Sex differences in perceptions of desirable body shape. J Abnorm Psychol 1985;94(1):102–5.

[43] Rodgers RF, Faure K, Chabrol H. Gender differences in parental influences on adolescent body disstaisfaction and disordered eating. Sex roles 2009;61:837–49. doi: 10.1007/s11199-009-9690-9.
[44] Neumark –Sztanier D, Bauer KW, Friend S et al. Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? J Adolesc Health 2010;47:270–6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.001.
[45] Keery H, Eisenberg ME, Boutelle E, Neumark-Sztainer D, Story M. Relationship between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. J Psychosom Res 2006;61:105–11. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.01.011.
[46] Gaspar MJM, Amaral TF, Oliveira BMPM, Borges N. Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children: A cross sectional study. Psychol Sport Exercise 2011;12:563–9. doi: 10.1016/j.psychsport.2011.05.004.
[47] Frank R, Claumann GS, Felden ÉPG, Silva DAS, Pelegrini A. Body weight perception and body weight control behaviors in adolescents. J Pediatr (Rio J) 2018;94(1):40–7. doi: 10.1016/j.jped.2017.03.008.
[48] Guedes DP, Legnani RF, Legnani E. Motivos para a prática de exercicio fisisco em universitários de acordo com o índice de massa corporal. Revist Brasil Ativid Física & Saúde 2013;17:270–4.
[49] Quick V, Nansel TR, Liu D, Lipsky LM, Due P, Ianotti RJ. Body size perception and weight control in youth: 9-year international trends from 24 countries. Int J Obes (Lond) 2014;38:988–1074. doi: 10.1038/ijo.2014.62.
[50] Silva AO, Diniz PRB, Santos MEP, Ritti-Dias RM, Farah BQ, Tassitano RM, Oliveira LMFT. Health self-perception and its association with physical activity and nutritional status in adolescents. J Pediatr (Rio J) 2018; in press. doi: 10.1016/j.jped.2018.05.007.
[51] Yager Z, O'Dea J. A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. Health Educ Res 2010;25:841–52. doi: 10.1093/her/cyq036

Pozitív családtervezéssel kapcsolatos ismeretek

Knowledge of positive family planning

Szerzők: Póhr Kitti[a]✉, Gyenge Nikolett[b], Komlósi Kálmánné[a], Karácsony Ilona[c]
a: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Klinikai Koordinációs és Neveléstudományi Tanszék, Szombathely b: Csolnoky Ferenc Kórház, Szülészet-nőgyógyászati Osztály, Veszprém, c: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Szombathely

Beküldve: 2019. 03. 02.
doi: 10.24365/ef.v60i2.432

Összefoglaló:
Bevezetés: Jelen vizsgálat célja a 14-18 éves fiatalok ismereteinek, információforrásainak, jövőképének vizsgálata a családtervezés területén belül.
Módszertan: A kvantitatív, keresztmetszeti kutatást egy veszprémi és egy tapolcai középiskolában végeztük 2017-ben. Nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel során nappali rendszerű középfokú oktatásban tanuló diákok (n=182) töltötték ki a saját szerkesztésű kérdőívet. Az adatok elemzéséhez a leíró statisztika mellett két változó összefüggéseinek megállapítására khí-négyzet próbát alkalmaztunk (p<0,05).
Eredmények: A megkérdezettek nembeli megoszlása közel azonos, több, mint felük legalább két gyermeket tervez. Családtervezéssel kapcsolatos ismerethez több forrásból jutottak a fiatalok, a családtól a tanulók mintegy 80%-a, az iskolától és a barátoktól a diákok fele-fele; a barátoktól származó információk megbízhatóságának megítélése elenyésző (4,49%), a család és az iskola hitelességével szemben. A diákok 88,33%-a vett részt középiskolában szexedukációs előadáson. A közvetített családtervezési ismeretek tartalmi részét sem a szakember szakterülete, sem a diákok neme nem befolyásolta (p>0,05). A témával kapcsolatos tudásszint szociodemográfiai faktoroktól független (p>0,05), de a lányok főként a formális csatornán közvetített információkat részesítik előnyben (p<0,05).
Következtetések: A fiatalok családtervezési információi elsősorban a fogamzásgátlásra vonatkoztak, ezért a pozitív családtervezési ismertek bővítése szociodemográfiai faktoroktól függetlenül szükséges a formális mellett az informális csatornák használatával is.
Kulcsszavak: szexedukáció; szakemberek szerepe; pozitív családtervezés

Summary:
Objective: The purpose of our research is to examine the knowledge, information sources and vision of 14–18 years old young people concerning the field of family planning.
Methods: Our quantitative, cross-sectional research was conducted in a secondary school in Veszprém and in Tapolca in 2017. Non-random, convenience sampling was carried out among pupils of full-time secondary education (n=182), who completed our own questionnaire. To analyse data, we used the chi-square test (p<0.05) in Microsoft Excel to determine the correlation between two variables.
Results: The gender distribution of the respondents is nearly the same, with more than half of them planning to have at least two children. Family planning skills have been transmitted to young people from more than one source: 80% from their family, 50%-50% from the school

and from friends also, although the reliability of the latter is negligible (4.49%) compared to the credibility of family and school. 88.33% of pupils attended sex education sessions during secondary school years. The content of transmitted family planning related knowledge was influenced neither by the specialty of the professional, nor by the gender of pupils (p>0.05). The level of knowledge on the subject is independent of socio-demographic factors (p>0.05), however girls prefer information transmitted through formal channels mostly (p<0.05).
Conclusion: Young people's family planning information referred primarily to contraception, so the expansion of knowledge on positive family planning is necessary, regardless of socio-demographic factors, using not only formal channels, but informal ones also.
Keywords: sex education; role of specialists; positive family planning

1. BEVEZETÉS

A szexuális nevelés felkészíti a fiatalokat a párkapcsolatban adódó nehézségek egy részére, célja, hogy eloszlassa a szexuális bizonytalanságból eredő kétségeket. A hatékony egészségnevelés csökkenti a magas kockázatú szexuális magatartás előfordulását, vagyis a nem kívánt terhességek és a nemi úton terjedő betegségek előfordulásának arányát. Devosa és mtsai egy 2009–2011-es kutatás során megállapították, hogy a fiatal felnőttek 57,6%-a tartja megbízhatónak az egészségügyi szakemberek, 57,4%-a a család, 57,0%-a az internet, valamint 44,1%-a a barátok, kortársak és 40,9%-a a nyomtatott sajtó által átadott, nemi élettel kapcsolatos információkat.[1] Számos bizonyíték van arra, hogy a családtervezéssel kapcsolatos tömegkommunikációs üzenetek hatással vannak az egyén fogamzásgátlási, vagyis negatív családtervezési attitűdjére.[2] Napjainkban a családalapítást tervezőknek számtalan lehetősége van felkészülni szülői szerepükre és a születendő gyermek érkezésére. Az információátadás korán, már gyermekkorban kezdődik és a család mellett az iskola egészségfejlesztő tevékenysége a családi életre történő nevelésben is nagyon fontos. Az iskolai egészségfejlesztésben egyaránt részt vesznek az oktatás-nevelés és az egészségügy területén dolgozó szakemberek. A gyermekek, fiatalok körében megvalósuló kortárs egészségfejlesztő programokra is egyre nagyobb igény mutatkozik.[3] Az oktatási és nevelési intézményekben főként a negatív családtervezésre fókuszálnak a családi életre történő felkészítés során, kevésbé koncentrálnak a várandósságra való felkészülésre, a családtervezési tanácsadásra, az egészséges gyermekvárással kapcsolatos életmód kialakítására és a koraterhesség (a terhesség első 12 hete) védelmére. A fiataloknak lehetősége van arra, hogy a pozitív családtervezéssel kapcsolatos kérdéseikkel egészségügyi szakemberekhez forduljanak. Napjainkban a kereskedelmi és közszolgálati televíziós csatornákon futó életmódmagazinok is további információforrást jelenthetnek azoknak, akik tenni szeretnének a várandósság egészséges lefolyásáért.

Egy nő várandósságával kapcsolatos attitűdje jelentős mértékben befolyásolja magatartását és érzelmi állapotát. Családtervezés kapcsán három csoportba sorolhatók a terhességek: tervezett (előre eldöntött a gyermekvárás és annak időpontja is), nem tervezett (a fogantatás nem az előre elhatározott időszakban történik) és nem kívánt várandósság (sem a családalapítás ténye, sem annak időpontja nem tervezett). A nem kívánt terhességek napjainkban is globális problémát jelentenek, hisz egyéni, családon belüli és társadalmi következményekkel járnak.[4]

Devosa a Szegedi Tudományegyetemen két csoportban vizsgálta, hogy a hallgatók melyik fogamzásgátlási módszert tartják megbízhatónak. A legmegbízhatóbbnak mindkét vizsgált csoport a fogamzásgátló tablettát ítélte (88,1% illetve 93,1%), ezt követte az óvszer (81,9% és 81,0%), majd a méhen belüli hormontartalmú fogamzásgátló eszköz (47,1% és 48,3%) és a petevezeték műtéti úton végzett lekötése (46,4% és 50,0%). A hallgatók jobban bíznak a hormonális fogamzásgátló tablettában, mint az óvszerben. Ha két említett módszer Pearl-indexét nézzük, amely a fogamzásgátlási módszer biztonságosságát adja meg, akkor látható, hogy a hallgatónak igaza van, azonban érdemes megjegyezni, hogy a kondom a fogamzásgátló tablettákkal szemben védelmet nyújt a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben is, ami nem

elhanyagolható előny, ha valaki nem stabil párkapcsolatban él.[5]

Ugyan a reproduktív korú fiataloknak és felnőtteknek számos lehetőségük van felkészülni a családalapításra, mégis egyre kevesebb gyermek jön világra és jellemzően a szülők is egyre idősebbek az első gyermek születése idején. Ennek egyaránt oka lehet a szülőképes korú nők számának, illetve a gyermekvállalás gyakoriságának csökkenése. A hiányos ismeretek következtében a családtervezés gyakran kimerül a fogamzásgátlás kiiktatásában, azonban az életmódbeli tényezők figyelembevétele háttérbe szorul, így nem valósulhat meg teljesen a tudatos, vagyis pozitív családtervezés. Nagyon fontos, hogy a fiatalok a gyermek születésére, a családdá válás idejére felkészültek legyenek, alkalmassá váljanak a szülői feladatokra és szerepre.[6]

Kozinszky és mtsai szerint az, hogy a nők gyermekvállalása egyre inkább magasabb életkor felé tolódik, egyaránt magyarázható családi, gazdasági, valamint szakmai motivációkkal. Ismert, hogy a 35 év feletti nők várandóssága és szülése során, illetve a gyermekágyi időszakban magasabb arányban fordulnak elő szövődmények, vagyis az idősebb korosztályba tartozó nők terhessége fokozott kockázatot jelent. A veleszületett fejlődési rendellenességek előfordulása is gyakoribb azon anyák gyermekei körében, akik 35 év felett szültek, ezért kiemelt fontosságú minden későbbi életkorban vállalt terhességre kiterjeszteni a magzati kromoszóma-analízist, illetve az ultrahangszűrést és a biokémiai szűrővizsgálatokat. Tanulmányuk szerint folyamatosan nőtt a 35 éves kor után először szült nők aránya, akik szignifikánsan magasabb iskolai végzettséggel rendelkeztek. A 35 év felett elsőként gyermeket vállalók magasabb iskolai végzettsége, illetve a tanulmányok befejezésének időbeni kitolódása részben magyarázhatja a késői gyermekvállalást Az idősebb korcsoportban szignifikánsan gyakrabban került sor császármetszésre, azonban a vákuum extrakció és a fogóműtétek számát tekintve lényeges eltérést nem találtak a 35 év alatt és felett szülő nők esetében. A terhesség alatti szövődmények közül a terhességi cukorbetegség és toxémia gyakrabban fordult elő körükben, valamint esetükben kétszer gyakrabban került sor császármetszésre. A 35 év feletti anyák újszülöttjeit gyakrabban kellett intenzív ellátásban részesíteni, vagy neonatális intenzív centrumban kezelni.[7]

A szülés, szülővé válás az egyének és családok kiemelkedően fontos, folyamatosan változó életeseménye, amely generációról generációra új kihívások elé állítja a szakembereket.[8] Harjánné és mtsai szerint a késői gyermekvállalás hátterében legnagyobb arányban (46%) párkapcsolati okok állnak (későn találtak párt, rossz partner-kapcsolatban éltek). A második legjelentősebb ok (35%) a kedvezőtlen anyagi helyzet. A válaszadók 41%-a vélte úgy, hogy számára komoly anyagi nehézséget okozott a gyermek születése. A még gyermekvállalás előtt állók 13%-a gondolta úgy, hogy a korai gyermekvállalás akadályozná szabadságában, nem tudná az életet élvezni.[9]

Világszerte évente több mint 80 millió nem kívánt terhesség fordul elő, ami hozzájárul az abortusz, az anyai halálozás és betegségek, valamint a csecsemőhalandóság magas arányához.[10] Kozinszky és mtsai szerint a magyar népesség gyermekvállalási attitűdje a családok szerkezetét és a kívánt gyerekszámot tekintve is változott. A gyermekvállalási kedvet jelentősen befolyásolja a szexuális gyakorlat, a nemi erkölcs, illetve a vallás. Napjainkban egyre fiatalabb életkorra tehető a nemi élet kezdete a nemi szabadosság és az egyre korábbi biológiai érés miatt, így nemcsak a nem tervezett terhesség elkerülése, hanem a nemi úton terjedő betegségek megelőzése is a fogamzásgátlás célja. A mindkét nemre jellemző karrierorientáltság és a biztos anyagi háttér megteremtésének igénye maga után vonja a gyermekvállalási szokások megváltozását hazánkban is. Az egyre kevesebb gyermek tervezése egyre későbbi életkor felé tolódik el, és ennek következtében nyílik a reprodukciós olló. Mindkét nem esetében egyre hosszabb ideig tart a reprodukcióképes periódus, amely alatt kerülendő mind a nem kívánt és nem tervezett fogamzás, valamint szorgalmazandó a pozitív családtervezés. Különösen fiatal korban magas a tapasztalatlanságból, illetve a különféle fogamzásgátlási módszerek pontatlan alkalmazásából adódó hiba, ami nem kívánt terhességet eredményezhet. Az abortuszok számának csökkentése leghatékonyabban prevencióval, egészségfejlesztéssel érhető el, mely során indokolt a nem kívánt terhességek kockázati tényezőinek

definiálása és megelőzése. A nem kívánt terhességek elkerülésének módját és a pozitív családtervezés lehetőségét már tinédzser korban, vagy az előtt kell elkezdeni, hogy rögzüljön a fogamzásgátlás helyes gyakorlata. A megfelelő fogamzásgátlási ismeretek átadása a fiatalok számára a legfontosabb, hiszen rendszertelen nemi életük miatt még bizonytalan fogamzásgátlási attitűddel rendelkeznek.[11]

Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük a Veszprém megyei, 14-18 éves fiatalok jövőképét és életcéljait a családtervezést illetően: milyen párkapcsolati formában, hány éves korukban, mennyi gyermeket kívánnak vállalni.

A gyermekvállalással kapcsolatban elsősorban azt szeretnénk bemutatni, hogy oktatási intézményenként milyen forrásból származik a kutatásban résztvevő fiatalok tudása, illetve mennyire hatékony az egészségügyi szakemberek információátadása. Fontos, hogy a fiatalok számára hiteles szakember működjön közre az ismeretek átadásában. Hazánkban a megkérdezett tinédzserek fele úgy érzi, nem elég hatékony a szexuális felvilágosítás.[12] Mivel a kutatást két különböző típusú középfokú oktatási intézményben (gimnázium és szakgimnázium) folytattuk, arra is választ kerestünk, hogy iskolatípus szerint van-e különbség a fiatalok ismereteiben.

2. MÓDSZERTAN

Jelen vizsgálat kvantitatív és keresztmetszeti. A kutatást két Veszprém megyei, középfokú oktatási intézményben folytattuk: a veszprémi Vetési Albert Gimnáziumban, illetve a tapolcai Széchenyi István Baptista Középiskolában, szakgimnáziumi tanulók között. A kérdőívek kitöltésére 2017. áprilisában került sor. A kérdőíveket 202 fő, 14-18 év közötti, vagyis 9-12. évfolyamos tanuló töltötte ki, melyből tisztítás után 182 fő került be a végleges mintába. A saját szerkesztésű kérdőíves vizsgálatunk összesen 31 kérdést tartalmazott, melynek fő kérdéscsoportjai az alábbiak voltak: szociodemográfiai adatok (nem, életkor, szülők iskolázottsága és családi állapota), életmód (fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás, várandósság alatt szükséges életmódváltoztatás), jövőkép, életcélok (lehetséges életcélok rangsorolása, melyik életcél kapcsán érzi úgy a válaszadó, hogy elengedhetetlen a harmonikus élethez), családalapítással kapcsolatos tervek (milyen életkorban és társas kapcsolatban vállalkozna családalapításra, hány gyermeket tervez), és az ezzel kapcsolatos oktatás (pozitív családtervezés fogalmának ismerete, szexuális felvilágosítás, ki szolgáltatta az információt, hatékony volt-e az információszolgáltatás). Két változó összefüggéseinek megállapítására alkalmazott statisztikai módszer a khí-négyezet próba volt, továbbá a leíró statisztika keretein belül átlag- és gyakoriságszámítást végeztünk, az eredményeket 95%-os megbízhatósági tartomány mellett $p<0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak.[13]

3. EREDMÉNYEK

3.1. Szociodemográfiai adatok

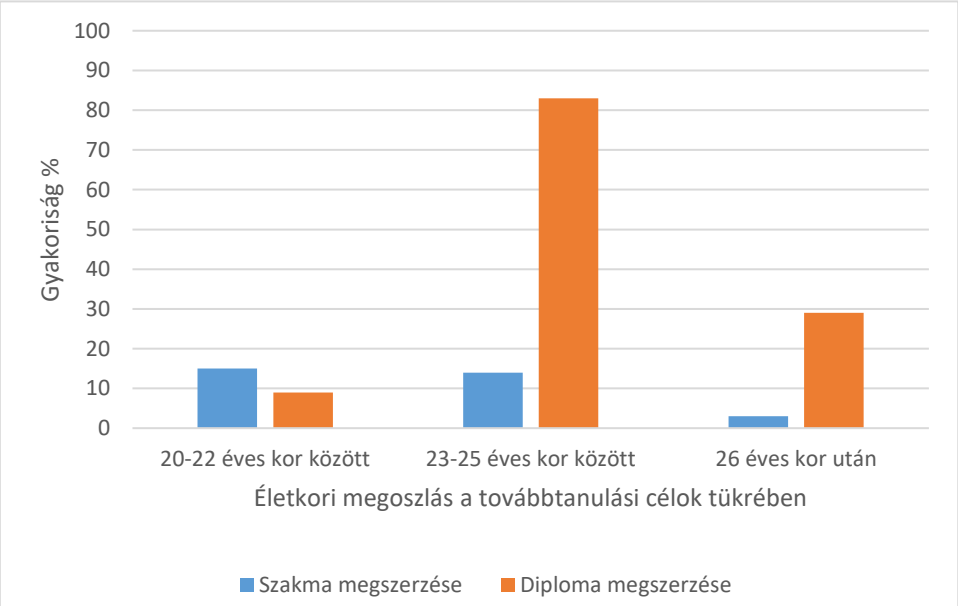
Szociodemográfiai jellemzők tekintetében a kérdőívet kitöltő fiatalok nemére, életkorára, lakhelyére, valamint jelenlegi iskolatípusukra kérdeztünk rá. A teljes minta elemszáma 182 fő, a kitöltők 51,10%-a (93 fő) nő, 48,90%-uk (79 fő) pedig férfi, tehát közel azonos arányban volt jelen a két nem a válaszadók között. Életkor tekintetében a vizsgálat idején mindössze egy 14 éves tanuló volt, ő a válaszadók 0,55%-át tette ki. A legnagyobb létszámú csoportot a 16 éves diákok alkották 54 fővel, mely a kutatásban résztvevők 29,67%-a, a 17. életévüket betöltött tanulók a vizsgált populáció 28,02%-át (51 fő) alkották, a kérdőív kitöltésekor pedig 15 éves volt a diákok 21,43%-a (39 fő), valamint 18 éves a kitöltők 20,33%-a (37 fő). Lakóhely szerint a válaszadók 58,33%-a (107 fő) városban élt, míg 41,67%-a (75 fő) falusi volt. Iskolatípus szerinti megosztottságban közel azonos arányban voltak jelen a fiatalok: gimnáziumba járt a kitöltők 55,25%-a, szakgimnáziumba pedig a tanulók 44,75%-a.

3.2. Továbbtanulási szándékok felmérése, életcélok

A kitöltők jelentős többsége, 84,62%-a (154 fő) kíván továbbtanulni. A továbbtanulást tervezők

79,08%-a (122 fő) felsőfokú oktatásban szeretne részesülni, míg 20,92% (32 fő) szakma elsajátítását tervezi. A tervezett főiskolai és egyetemi tanulmányok miatt várhatóan magas lesz azoknak a tanulóknak az aránya, akik viszonylag későbbi életkorban válnak gazdaságilag aktívvá. A tanulmányok várható befejezését illetően három csoportot különböztethetünk meg egyéni válaszok alapján: 20-22 év (15,58%), 23-25 év (62,99%) és 26 év (21,43%) vagy annál később. [1. ábra] A legnagyobb csoportot azok a tanulók alkották 97 fővel, akik 23 és 25 éves kor között szeretnék befejezni tanulmányaikat.

1. ábra: A fiatalok továbbtanulási szándéka és a tanulmányok befejezését jelölő életkor közötti összefüggések (n=153)



Forrás: saját szerkesztés

Szerettünk volna választ kapni arra, hogy a 14–18 éves fiatalok jelenleg mit tartanak fontosnak és kevésbé lényegesnek életükben. Ehhez egy általunk összeállított lista alapján kellett rangsorolni 5 lehetséges életcélt úgy, hogy az 1 a legfontosabb, míg az 5 a legkevésbé lényeges jövőbeni életterület. Az öt rangsorolandó életcél az alábbiak voltak: karrier, kapcsolatépítés, családalapítás (gyermekvállalás), társadalmi státusz emelése, pénzszerzés. A fiatalok az összes lehetőség közül legkevésbé fontosnak a magas társadalmi státusz kialakítását tartották: első helyen mindössze a válaszadók 1,68%-a, tehát 3 fő jelölte meg, ellenben ötödikként, vagyis a legkevésbé fontos életcélnak a kitöltők 58,66%-a (105 fő). A fiatalok legnagyobb hányada (35,96%-a, 64 fő) szerint a kapcsolatépítés a legfontosabb, ami szükséges a boldog, teljes értékű élethez, mindössze 1 diák (0,56%) fontossági sorrendjében került ez az utolsó helyre. A második legnépszerűbb életcélként a karrierépítést jelölte meg a kitöltők 25,28%-a (45 fő). A rangsor közepén végzett a családalapítás, gyermekvállalás, melyet a válaszadók 24,58%-a (44 fő) tartott a legfontosabb életcélnak. Az anyagi források gyarapítása a lista negyedik helyén végzett (11,73%, 21 fő), a megélhetést a diákok legtöbbje a saját preferencialistáján a negyedik helyre sorolta (29,61%, 53 fő).

3.3. A válaszadók gyermekvállalással kapcsolatos attitűdje

A következő kérdéscsoport, ami négy kérdést tartalmazott, a várandósság alatti életmóddal, a családalapítási életkorral és a tervezett gyermekszámmal kapcsolatos attitűdre vonatkozott, valamint azt vizsgáltuk, hogy a diákoknak mennyire fontos a boldog élethez a szülővé válás. Az első kérdés arra vonatkozott, hogy a válaszadó szerint

szükséges-e gyermekvállalás előtt, illetve annak során a szülőknek változtatni addigi életmódjukon. A válaszlehetőségek az alábbiak voltak: mindkét szülőnek, csak az anyának, csak az apának, illetve egyik szülőnek sincs szüksége életmód-változtatásra. A diákok jelentős többsége, 90,66%-a (165 fő) gondolta úgy, hogy mindkét szülőnek változtatni kell életmódján a család bővítésekor. 3,30% (6 fő) szerint csak az anyának kell változtatnia életmódján, míg 0,55% (1 fő) úgy véli, erre az apának van szüksége. A diákok 5,49%-a (10 fő) azon a véleményen van, hogy a leendő szülők egyikének sem kell életvitelén változtatnia a gyermekvárás ideje alatt.

Ezután arról kérdeztük a tanulókat, hogy hajlandóak lennének-e saját életmódjukon változtatni gyermekvállalás esetén. Három válaszadási lehetőséget kínáltunk fel, mely szerint a kitöltő mindenképp életmódot váltana, vagy változtatna életmódján, de nem radikális mértékben, illetve azon nem lenne hajlandó változtatni. Ezen kérdésre a „nem" választ adóktól megkérdeztük, hogy mi lenne ennek az oka, melyre egyéni választ adhattak. Ezeket összesítve három ok körvonalazódott. Az életmódváltást elutasító 10 fő 50%-a saját bevallása szerint jelenleg is olyan életmódot él, ami nem lenne káros a magzatára nézve, 30% (3 fő) nem szeretné, ha a gyermekvállalás befolyásolná élete más területét, 20% (2 fő) pedig még nem biztos benne, hogy szeretne családot alapítani, így ez a kérdés nem foglalkoztatja. Az „igennel" válaszolóknak is további kérdést tettünk fel, mely arra vonatkozott, hogy az életük mely területén eszközölnék a változtatásokat. Válaszlehetőségként a káros szenvedély elhagyását, fokozott fizikai aktivitást, egészségesebb táplálkozást és a harmonikus, nyugodt napirendet adtuk meg, valamint az „egyéb" rubrikát arra az esetre, ha a kitöltőnek más elképzelése van. Ezt a lehetőséget 5 fő (2,98%) választotta, de véleményüket nem fejtették ki. A kitöltők nagy része, 79,17%-a (133 fő) a kiegyensúlyozott, harmonikus mindennapokat emelte ki, 41,07%-a (69 fő) lemondana káros szenvedélyéről, 43,45%-a (73 fő) változtatna étkezési szokásain és 22,62%-a (38 fő) sportolna többet.

A diákoknak egy 1-5-ig terjedő Likert-skálán kellett jelölniük azt, hogy számukra mennyire fontos a teljes értékű élethez a szülővé válás. A skálán az 1 azt jelenti, hogy egyáltalán nem fontos, míg az 5-ös érték esetén mindenképp fontosnak tartja a gyermekvállalást. A boldog élethez feltétlenül szükségesnek tartja a szülővé válást a tanulók 33,16%-a (60 fő). Legnagyobb hányaduk, 41,99%-uk (76 fő) a négyes értéket jelölte meg a skálán, 16,08%-uk (29 fő) közepesen, tehát részben tartja fontosnak a családalapítást a saját életében. Csupán 4,88% (9 fő) az, aki a kettes értéket jelölte meg, valamint 3,89% (7 fő) gondolja úgy, hogy élete gyermekvállalás nélkül is teljes értékű lenne.

Arról is érdeklődtünk, hogy a tanulók hány gyermeket szeretnének vállalni. A diákok 58,53%-a (106 fő) két gyermeket tervez. Nagycsaládos életet a diákok 11,54%-a (21 fő) szeretne élni, azaz három vagy annál több gyermeket szeretne, további 13,19% (24 fő) egy gyermek vállalását tartja ideálisnak. 4,10% (8 fő) jelenlegi elképzelés alapján nem kíván a későbbiekben családot alapítani, és a válaszadók 12,64%-a (23 fő) még nem rendelkezik tervekkel ezen a téren.

A megkérdezett tanulóknak arra is választ kellett adniuk, hogy milyen kapcsolati formában képzelik el a gyermekvállalást. Négy lehetőség közül lehetett választani: házasságban, vagy élettársi kapcsolatban képzelik el a családalapítást, egyedülállóként is hajlandóak lennének a gyermekvállalásra, illetve egyéni válasz esetén szintén rendelkezésre állt az „egyéb" rubrika, melyet a tanulók 0,55%-a (1 fő) jelölt meg, de saját elképzelését nem fogalmazta meg. A jelentős többség, 83,42% (150 fő) a házasság intézményén belül tervez gyermekvállalást. Élettársi kapcsolatban 14,93% (29 fő) szeretne családot alapítani, és csupán 1,10%-ot (2 fő) nem tartana vissza a szülővé válástól az egyedülállóság.

A következő kérdések arra vonatkoztak, hogy a kitöltők szerint mely életkor a legmegfelelőbb családalapításra, valamint hány évesen szándékoznak gyermeket vállalni. Mindkét esetben öt lehetőség közül választhattak a diákok: 20 éves kor előtt, 21–25, 26–30, 31–35 évesen vagy 36 év és efelett.

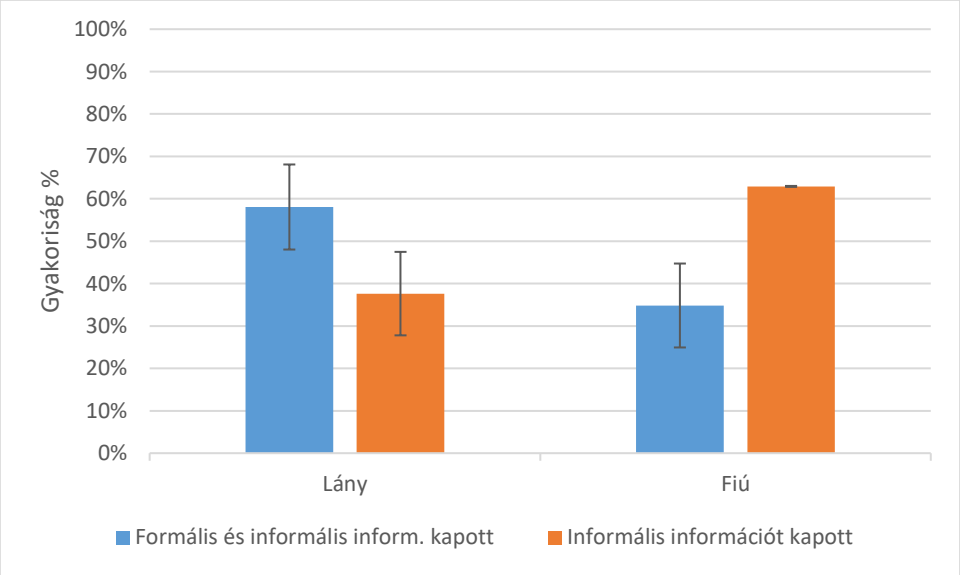
Gyermekvárásra ideális életkornak a tanulók többsége a 26–30 éves kor közötti időszakot tartja, ők a kitöltők 62,48%-át teszik ki (113 fő). 29,81% (54 fő) véleménye alapján ez az időszak 21–25 éves kor közötti jön el, 5,50% (10 fő) pedig a 31-35 éves kort tartja optimálisnak. A diákok közül 5 fő (2,21%) jelölte a 20 év alatti életkort. A kitöltők közül senki sem gondolta úgy, hogy 36 évesen vagy annál idősebben kellene gyermeket vállalni. A diákok saját életükben is hasonló időszakra tervezik a

családalapítást: 63,48% (113 fő) gondolja úgy, hogy első gyermekét 26–30 évesen szeretné vállalni, 25,28% (45 fő) 21–25 évesen, 9,55% (17 fő) 31-35 évesen és 1,12% (2 fő) 36 évesen vagy annál idősebben.

3.4. Családtervezéssel kapcsolatos információforrások

Nemek szerint vizsgáltuk a fiatalok információszerzési forrásait. A 182 kitöltő 51,10%-a nő, mely 93 főt takar. Közülük 4,30% (4 fő) csak formális kereteken belül kapott ismereteket a családtervezésről, 58,07% (54 fő) a felvilágosító órákon és egyéb, intézményi kereteken kívüli forrásokból egyaránt kapott információt, valamint 37,63% (35 fő) csak oktatáson kívül szerzett ismereteket. Fiúk tekintetében a részvételi arány 48,90% (89 fő) volt az iskolai felvilágosító órákon, 2,25%-uk (2 fő) csak informális forrásból szerzett tudást a gyermekvállalással kapcsolatban, 34,83% (31 fő) mind iskolai, mind egyéb forrásból kapott már ismeretet, 62,92%-uk (56 fő) pedig kizárólag oktatáson kívül szerezte meg tudását. [2. ábra] Összességében elmondható, hogy összefüggés van a nem és a pozitív családtervezéssel kapcsolatos információszerzés módja között ($p=0,003$; $\chi2=11,654$).

2. ábra: A válaszadó nem szerinti megoszlása az információforrások tekintetében (n=182)



Forrás: saját szerkesztés

Ezután arra kellett választ adni a diákoknak, hogy az információforrásaik közül melyik volt számukra a leghitelesebb. Erre a kérdésre a kitöltők közül csak 178 fő adott választ. 63,48% (113 fő) a családi kapcsolatok révén kapott információkat tartja a legmegbízhatóbbnak, míg 26,98% (48 fő) a felvilágosító órákon szerzett hiteles ismereteket. Hitelesnek csak 3,93% (7 fő) ítéli meg a kortársaktól kapott információkat, valamint a média eszközei felé is hasonló arányban mutatkozik bizalom a fiatalok részéről: 4,49% (8 fő) tartja hitelesnek az interneten közvetített ismereteket, és csupán 1,12% (2 fő) bízik az oktató jellegű könyvekben, magazinokban.

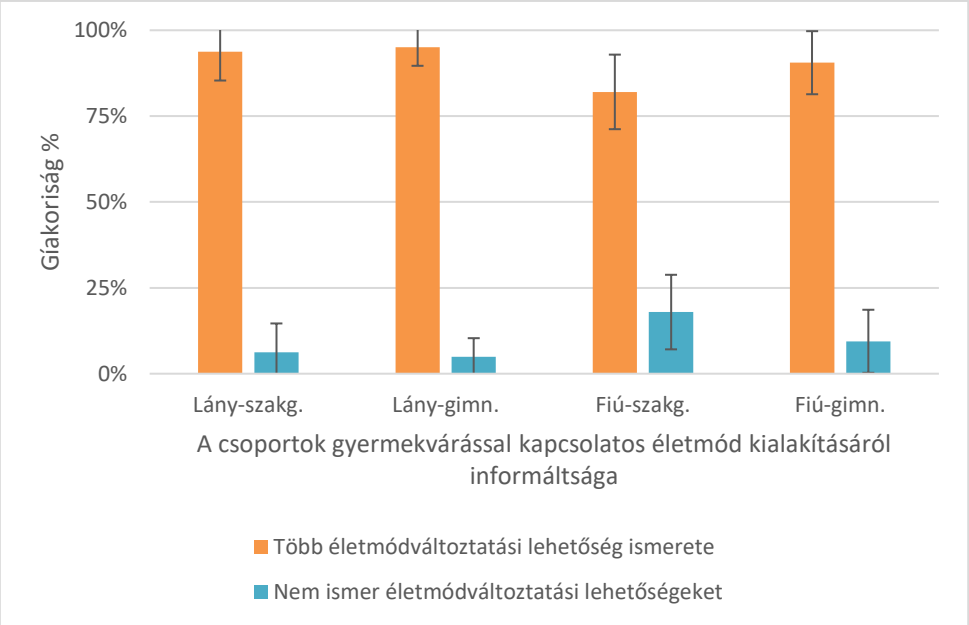
Megkérdeztük a tanulókat, hogy oktatási kereteken belül részt vettek-e szexuális felvilágosító órán. A válaszadók 88,33%-a (159 fő) volt már iskolai felvilágosító órán, akik közül legtöbben (61,53%, azaz 112 fő) védőnők által tartott előadáson vettek részt. A védőnők az összes felsorolt témáról jelentős arányban tartottak előadást, melyeken a diákok 88,39%-a hallott a negatív családtervezésről, vagyis a fogamzásgátlásról, de 63,39%-uk (71 fő) a koraterhesség védelméről is kapott információkat. A résztvevők több, mint fele (54,46%, azaz 61 fő) kapott védőnői segítséget ahhoz, hogy megismerje, miként készülhet tudatosan a várandósságra, illetve hogyan

élhet egészségesen a gyermekvárás időszaka alatt is. A tanulók 22,73%-a (15 fő) a családtervezési konzultációról is tanulhatott új dolgokat. 66 diák (36,26%) iskolaorvos által tartott ismeretterjesztő előadáson vett rész, melyen 84,85%-uk (56 fő) kapott információt a fogamzásgátlás módszereiről, 40,91%-uk (27 fő) tájékozódhatott a várandósság megtervezéséről, valamint hasonló arányban (39,39%, 26 fő) jutottak új ismeretekhez a terhesség alatti egészséges életmódról. A családtervezési konzultáció lehetőségéről a kitöltők 22,73%-a (15 fő) hallott az iskolaorvostól. Pedagógusok 50 fő (a diákok 27,47%-a) számára nyújtottak információt a családtervezésről. Az általuk tartott előadások keretében túlnyomórészt a negatív családtervezés volt a vezető téma (78%, 39 fő). Kevesebbszer (42%, 21 fő) került szóba a koraterhesség védelme, illetve ezzel közel azonos arányban szerezhettek új ismereteket a tanulók a gyermekvárás alatti egészséges életmódról (30%, 15 fő), a terhességre felkészülésről (26%, 13 fő) és a családtervezési konzultáció lehetőségeiről (22%, 11 fő).

3.5. A pozitív családtervezés fogalmának ismerete, egészséges gyermekvárással kapcsolatos életmód

Érdeklődtünk, hogy a diákok ismerik-e a pozitív családtervezés fogalmát. A válaszadók 55,49%-a (101 fő) volt tisztában a fogalom jelentésével. Majd arra voltunk kíváncsiak, hogy mi a véleményük arról a felvetésről, hogy a várandósságot érdemes előre megtervezni. Három válaszlehetőség közül választhattak a diákok: mindenképp szükséges a gyermekvállalás megtervezése, avagy fontos előre tervezni, de anélkül is fel lehet készülni a gyermekáldásra, felnevelésre, illetve egyáltalán nem fontos az előre kalkulálás. A kitöltők jelentős többsége, 69,23%-a (126 fő) úgy véli, hogy rendkívül fontos már a fogantatás előtt felkészülni a várandósságra, 26,37%-uk (48 fő) szerint ez a tervezési folyamat nem szükségszerű, de hasznos és 4,40%-uk (8 fő) gondolja csak úgy, hogy nem lényeges a gyermekvárás megtervezése. [3. ábra]

3. ábra: Az egészséges gyermekvárással kapcsolatos információmennyiség és a szociodemográfiai tényezők közti összefüggés (n=182)



Forrás: saját szerkesztés

Kíváncsiak voltunk arra, hogy a fiatalok szerint a várandósság ideje alatt mit lehet tenni a születendő gyermek egészségéért. A kérdésre 163 fő adott választ. Miután minden kitöltő saját szavaival fogalmazta meg a válaszát, azokat rendszereztük és végül 8 kategóriába soroltuk őket. Általánosságban

véve, a kitöltők nagyobb hányada, egészen pontosan 83,52%-a (152 fő) életmód-változtatást javasolna, mely alatt elsősorban a káros szenvedélyek elhagyását és az egészségesebb táplálkozást értették. 18,68%-uk (34 fő) ösztönözné a terhes nőt könnyű fizikai aktivitás végzésére (pl. kismama torna), 15,93%-uk (29 fő) szerint az egészséges gyermekváráshoz elengedhetetlen a stresszmentes, harmonikus párkapcsolat. A terhesvitaminok jótékony hatását a kitöltők 11,54%-a (21 fő) ismeri, további 10,44%-uk (19 fő) gondolja úgy, hogy fontos az egészségügyi szakemberek javaslatait betartani. 6,44% (11 fő) véleménye szerint lényeges, hogy gyermekbarát környezetet biztosítsanak az újszülöttnek és 4,95% (9 fő) úgy véli, fontos a pszichés támogatás a család és a barátok részéről a születendő gyermek egészséges fejlődéséhez.

4. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

A családtervezés kapcsán fontosnak bizonyulnak az egészségügyi szakemberek tanácsai. Fontos, hogy a családi életre és a szülői szerepre való felkészítésre ne csak a várandósok körében kerüljön sor, hanem a reproduktív korú fiatalok számára is elérhetőek legyenek ezek az információk, férfiak és nők számára egyaránt, hiszen a családtervezés nemcsak a nők felelőssége.[14] Összességében elmondható, hogy az általunk megkérdezett fiatalok arról számoltak be, hogy a vezető téma a negatív családtervezés volt. A legtöbb tanuló védőnő által tartott órán vett részt (112 fő, 61,53%), a legkevesebb foglalkozást pedig a szülésznők (9 fő, 4,95%) tartották. Az eredmények alapján nincs szignifikáns összefüggés (p>0,05) az edukáció során kapott ismeretmennyiség és az előadó szakterülete között (oktatás, egészségügy). Védőnők által tartott órán a résztvevők 88,39%-a (99 fő) kapott információt a fogamzásgátlásról, szülész-nőgyógyász szakorvosok előadásain a mintában lévők 79,41%-a (27 fő). Összességében a negatív családtervezés módszereiről a felvilágosító órákon jelentős mennyiségű új ismeretet szerzett a tanulók kétharmada. Egy 2013-as, szintén hazai középiskolások körében végzett vizsgálat eredményei szerint az iskolai edukáció a vártnál alacsonyabb mértékben, de tendenciaszerűen befolyásolta a fogamzásgátlási ismereteket (p>0,05).[15] Tanulmányunkban azt tapasztaltuk, szexuális felvilágosítást adó foglalkozáson a tanulók 88,33%-a (159 fő) vett részt. Közülük csupán 64 fő 40,25%) kapott tájékoztatást a pozitív családtervezés lehetőségéről. Nemek tekintetében közel azonos arányban vannak mind az informált, mind az ismeretekkel nem rendelkező tanulók tehát szignifikáns összefüggés nem mutatható ki a diákok neme, és az informáltság tekintetében (p>0,05).

A megelőző ismeretekhez azonban nemcsak az egészség védelme és fejlesztése, hanem az egészségügyi szolgáltatások megfelelő használata, az orvoshoz fordulás kultúrája, illetve a javasolt szűrővizsgálatokon való részvétel is hozzátartoznak.

A várandósság alatti káros szenvedélyek – mint az alkoholfogyasztás, vagy a dohányzás –, a negatív szülészeti történések (alulfejlettség, koraszülés, méhen belüli elhalás) egyik fő generátorai. Korábbi tanulmányok szerint az anyai egészségkárosító magatartás gyökere leginkább intraperszonális, vagyis egyéni, amit elsősorban a várandós szociodemográfiai státusza határoz meg. Azonban frissebb kutatások arra a következtetésre jutottak, hogy nemcsak az egyéni tényezők, hanem a környezet is hatással van az anyai életmódra, elsősorban a család és a barátok által nyújtott információk, az egészségügyi szakemberektől kapott tájékoztatás, de a média által közölt ismeret is befolyásoló hatású.[16]

Számos hazai kutatás is foglalkozik a szervezett nőgyógyászati szűrésektől való távolmaradás okainak feltárásával,[17,18,19,20,21] az oki tényezőkre és a megelőzésre vonatkozó ismeretek felmérésével[22,23] és szűréssel, valamint a humán papillómavírus (HPV) okozta fertőzés elleni oltással kapcsolatos attitűd vizsgálatával. A HPV nemi úton terjedve méhnyakrákot okozhat, azonban a fertőzés védőoltással megelőzhető, valamint a vakcinát nem kapott nők esetében a rákmegelőző állapot szűréssel felismerhető.[24,25] Ugyancsak nagyon fontos felhívni a figyelmet a mellrák szűrésének fontosságára, illetve a lányoknak megtanítani az emlő önvizsgálatát. Tudatosítani kell a családtervezéssel foglalkozó előadások során is a nőgyógyászati szűrővizsgálat menetét, lehetséges hasznát, korlátait, valamint a távolmaradással járó kockázatot. Fiúk esetében ugyanilyen fontos a herék önvizsgálatának megtanítása és a vastagbélrák szűrésének ismertetése, valamint megadni nekik az andrológiai és urológiai szakrendelések elérhetőségeit. Ugyan ingyenes HPV oltásban jelenleg az általános iskola 7. osztályában

tanuló lányok részesülhetnek, a serdülő fiúk számára is ajánlható a vakcina.

A médiában megjelenő szexualitással kapcsolatos üzenetek gyakran távol állnak a valóságtól és hamis képet alakíthatnak ki a fiatalokban.[26] A válaszadók 41,90%-a (76 fő) a médiából – elsősorban a világhálóról és a televízióból – is gyűjt információkat, de az onnan származó ismereteket fenntartásokkal kezelik, mindössze a diákok 4,49%-a (8 fő) tartja azt megbízható forrásnak. A média által közvetített információ megbízhatósága kutatásunkban teljesen eltérő mértékű, mint Devosa és mtsai kutatásában, ahol a válaszadók 57,0%-a (269 fő) tartotta megbízhatónak az internet által szolgáltatott információt a fogamzásgátlásra és a nemi életre vonatkozóan.[1] Az eltérés okát egyaránt kereshetjük a megkérdezettek eltérő életkorában és iskolázottságában, valamint kutatásunk jóval kisebb elemszámában. A fiatalok kétharmada a kutatás idején úgy gondolta, hogy a gyermekvállalás szempontjából a 26–30 éves időszak a legideálisabb. A tanulók 63,48%-a is ebben az időszakban tervez családalapítást. A fiatalok mintegy negyede azonban ennél korábban, 21-25 évesen szeretné első gyermekének világra jöttét. A Központi Statisztikai Hivatal 2017-es adatai szerint a Veszprém megyében született gyermekek legnagyobb aránya (35%-a) az anya 25–29 éves korában jön a világra, vagyis a felmérésünkben a diákok által leginkább preferált családalapítási időszak megegyezik a jelenlegi megyei trenddel.[27] Hazánkban jelenleg is a legelterjedtebb családmodell a kétgyermekes.[28] A tinédzserként szőtt tervek az életkor előrehaladtával sokat módosulhatnak. Spéder és mtsai kutatása alapján leggyakrabban a két gyermeket vállalni szándékozó fiatalok tervei valósulnak meg.[29] Ők felmérésünkben a minta 58,24%-át (106 fő) teszik ki, vagyis az ő családalapításra vonatkozó céljaik várhatóan megvalósulnak. A korábban tervezett gyermekszámhoz képest kevesebb gyermeket vállalnak végül azok, akik élettársi kapcsolatban élnek és nem házasságban.[29] Kutatásunkban a diákok 82,42%-a házastársi kapcsolaton belül szándékozik gyermeket vállalni, és csak 15,93% lenne hajlandó élettársi viszonyban családot alapítani. Mivel a tanulók döntő hányada házasságon belül kíván gyermeket vállalni, várható, hogy a diákok által tervezett gyermekek világra jönnek.

Mivel felmérésünk kisebb mintán történt, ezért messzemenő következtetéseket nem vonunk le eredményeinkből, azokat inkább részeredménynek tekintjük, amelyek viszont sejtetik a téma további kutatásának fontosságát. Tanulmányunk a fiatalok családtervezéssel kapcsolatos jövőképe mellett a szexuális felvilágosítással való elégedettségüket is mérte. Úgy gondoljuk, hogy érdemes lenne további vizsgálatokat folytatni a szexedukáció területén, melyek eredményei hozzájárulhatnak az oktatás hatékonyságának növeléséhez. Szükséges lenne szervezett, országos programmá emelni a pozitív családtervezési ismeretek terjesztését, melynek keretében a kortárs segítőkre támaszkodva, biztosítani lehetne a bizalmas hangvételt, a személyes megszólítást a hiteles információk átadása mellett.[30] Az edukáció diákok igényeihez való igazításában jelen vizsgálat kutatási anyaga segítség lehet a jövőben.

HIVATKOZÁSOK

[1] Devosa I, Kozinszky Z, Vanya M és mtsai. Szegedi egyetemi hallgatók ismeretei a megbízható fogamzásgátlásról és a szexuális úton terjedő betegségekről. Orv. Hetil. 2016; 157 (14): 539-546. doi: 10.1556/650.2015.30356

[2] Gupta N, Katende C, Bessinger R. Associations of Mass Media Exposure with Family Planning Attitudes and Practices in Uganda. Stud Fam Plan. 2003; 34(1): 19-31. doi: 10.1111/j.1728-4465.2003.00019.x

[3] Lukács JÁ, Mészárosné Darvay S, Soósné Kiss Zs és mtsai. Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés. Egészségfejlesztés. 2018; 59 (1): 6-24. doi: 10.24365/ef.v59i1.215

[4] Özkan I, Mete S. Pregnancy planning and antenatal health behaviour findings from one maternity unit in Turkey. Midwifery, 2010;26 (3): 338-347. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.005

[5] Devosa I. A Kortárssegítés hatékonyságának vizsgálata a reproduktív egészségfejlesztő munkában, és az eredmények alapján kialakított Ariadné többgenerációs egészségfejlesztő program ismertetése, PhD értekezés tézisei, Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Doktori Iskola. Szeged, 2017. doktori.bibl.u-szeged.hu/9781/3/Devosa_Ivan_PhD_tezisfuzet_HUN.pdf (Elérve: 2019. 02. 25.)

[6] Jósvai Z, Soósné Kiss Z. Első gyermeküket váró szülők szülői szerepre való felkészültsége, a felkészítő foglalkozások megítélése, a gyermekáldás és a káros szenvedélyek jelenléte gyermekbiztos óvintézkedések alapján. Egészségfejlesztés. 2014;55(3): 2-10.
[7] Kozinszky Z., Orvos H., Zádori J és mtsai. 35 éven felüli először szülő nők terhessége és újszülöttjeinek neonatológiai jellemzői. Magyar Nőorvosok Lapja. 2002; 65 (4): 249-254. publicatio.bibl.u-szeged.hu/13023/7/13023.pdf (Elérve: 2019. 02. 25.)
[8] Soósné Kiss Zs, Péter M, Lipienné Krémer I. Családok szülésre és szülőségre való felkészítése – változások az előző generációhoz képest. Egészségfejlesztés. 2018;59 (2): 55-62. doi: 10.24365/ef.v59i5.329
[9] Harjánné Brantmüller A, Törkey D, Gelencsér E és mtsai. Késői gyermekvállalás. Egészség Akadémia. 2014;5 (3): 131-140. etk.pte.hu/public/upload/files/EgeszsegAkademia/2014_V_3/3.Harjanne.pdf (Elérve: 2019. 02. 20.)
[10] Mwaikambo L., S. Speizer, Schurmann A. What Works in Family Planning Interventions: A Systematic Review. Stud Fam Plan. 2011; 42(2): 67–82. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761067/ (Elérve: 2019. 02. 25.)
[11] Kozinszky Z., Csatordai S., Csepiné Szűcs G. A művi terhességmegszakítások számának elemzése hazánkban. Magyar Nőorvosok Lapja. 2006;69 (6): 501–514. www.doki.net/tarsasag/noorvos/upload/noorvos/magazine/kozinszky.pdf (Elérve: 2019. 02. 18.)
[12] Erős E, Hajós A. Szexuális nevelés ma: jó irányba haladunk? Gyermekgyógyászat.2017;68.(1): 36-40.
[13] Pakai A, Kívés Zs. Kutatásról ápolóknak 2. rész: Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. Nővér. 2013; 26: 20-43.
[14] Bodin M., Stern J.,Folkmarson K., Tydén L. Coherence of pregnancy planning within couples expecting a child. Midwifery. 2015; 31.(10): 973-978. doi: 10.1016/j.midw.2015.06.009
[15] Jäger A, Pusztafalvi H. Szexuális magatartás vizsgálat a középiskolások körében. Egészség Akadémia. 2013; 4: 50-58. etk.pte.hu/public/upload/files/EgeszsegAkademia/2013_IV_1/7_JagerAnett.pdf (Elérve: 2019. 02. 24.)
[16] Ghorashi H., Schölmerich L. N., Denktas V. Caught in the middle? How women deal with conflicting pregnancy- advice from health professionals and their social networks. Midwifery. 2016; 32.(4):62-69. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.012
[17] Pakai A, Dér A, Kriszbacher I és mtsai. Why don't Hungarian women take part in organized cervical screenings? New Med. 2014;14 (1): 25-28. www.czytelniamedyczna.pl/3336,why-dont-hungarian-women-take-part-in-organized-cervical-screening.html (Elérve: 2019. 02. 20.)
[18] Karamánné Pakai A, Németh K, Kriszbacher, I és mtsai. A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli régióban élő nők körében. Magyar Epidemiológia. 2009;6 (1): 9-20.
[19] Pakai A, Brantmüller É, Vajda R et al. Reasons for non-appearance on organized cervical screening in Hungary. PTSE. 2017; 11(2):142-154. doi: 10.1515/ptse-2016-0015
[20] Pakai A, Oláh A, Farkasné Buzánczky G et al. Attitude examination related to breast cancer among women in Bács-Kiskun county, Hungary. PTSE. 2017; 11 (3) 223-232. doi: 10.1515/ptse-2016-00
[21] Karamánné Pakai A, Németh K, Dér A és mtsai. A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata magyar nők körében. Bulletin of Medical Science/Orvostudományi Értesítő. 2008;81: 271-275. www.orvtudert.ro/images/PDF/2008_4/2008_4_12.pdf (Elérve: 2019. 02. 15.)
[22] Pakai A, Novákné Szabó Sz, Karácsony I, Vajda R. Roma nők ismereteinek felmérése védőnői körzetben a méhnyakrák és kockázati tényezőivel kapcsolatban. Romológia. 2018;6 (16-17) :76-97. epa.oszk.hu/02400/02473/00014/pdf/EPA02473_romologia_2018_03_076-097.pdf (Elérve: 2019. 02. 15.)
[23] Bogdánné Basa E, Vajda R, Váradyné Horváth Á és mtsai. Méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretszint roma nők körében. Nővér. 2017; 30 (2) 31-39.
[24] Millei K, Vajda R, Kívés Zs és mtsai. HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében. Egészségfejlesztés. 2015; 56 (3): 9-16.
[25] Vajda R, Kívés Zs, Éliás Zs és mtsai. A humán papillómavírussal (HPV) kapcsolatos attitűdvizsgálat. Magyar Nőorvosok Lapja. 2014;77(3): 18-25.
[26] Erős E, Supák D. Szexuális felvilágosítás: eleget teszünk-e a kamaszokért? Gyermekgyógyászat. 2011; 62: 23-26.
[27] Központi Statisztikai Hivatal. Magyarország, 2017. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2018. ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2017.pdf (Elérve: 2019. 04.18.)
[28] Központi Statisztikai Hivatal. Gyermekvállalás és gyermeknevelés. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2011. ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemekvallalasneveles.pdf (Elérve: 2019.04.18.)
[29] Spéder Z, Kapitány B. A termékenységi szándékok és a gyermekvállalási gyakorlat kapcsolata. Egy európai összehasonlító vizsgálat tanulságai. Demográfia.2014; 57:137-181.
[30] Harjánné Brantmüller Éva, Lakos D, Karamánné Pakai A. Terhességmegszakítás serdülőkorban. Egészség Akadémia. 2016; 7 (4): 217-226. etk.pte.hu/public/upload/files/EgeszsegAkademia/2016_VII_4/04.Harjanne.pdf (Elérve: 2019. 01. 16.)

Pánrezisztens kórokozók által okozott többlethalálozás: mi áll valójában a szakirodalomban?

Excess mortality due to pandrug resistant bacteria: a survey of the literature

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

Beküldve: 2019. 01. 02.
doi: 10.24365/ef.v60i2.397

Összefoglaló: Az antibiotikumok felfedezése és klinikumban alkalmazása az egészségügy történetének egyik legnagyobb sikere, azonban az antibiotikum-rezisztens kórokozók globális terjedésével az eddigi eredmények veszélybe kerültek. A bakteriális rezisztencia problémájáról számos jelentést és szakmai ajánlást tettek közzé, azonban fontos megjegyezni, hogy az összes fent említett jelentésben közölt mortalitási adatok matematikai modelleken alapuló, becsült értékek.
A releváns, angol és magyar nyelvű közlemények kiválasztását irodalomkutatás előzte meg a PubMed adatbázisban. A beválogatott cikkek közé a megfelelő kulcsszavak felhasználásával azok a 2018. december 10. előtt megjelent publikációk kerültek, amelyek pánrezisztens (PDR) bakteriális infekciók által közvetlenül okozott halálesetekről számoltak be a humán gyógyászatban.
Az irodalomkutatás során a PubMed adatbázisából 2386 közlemény felelt meg a keresési kritériumoknak. Ebből mindössze négy olyan közleményt sikerült azonosítani, amely összesen 14 PDR-asszociált halálesetről számol be. Öt esetben mucoviscidosisban (cisztikus fibrózis) szenvedő betegeket vizsgáltak, s a legtöbb halálos kimenetelű eset PDR Klebsiella pneumoniae-hez volt köthető.
Habár a felhasznált kutatási módszernek vannak korlátai, az eredmények azt sugallják, hogy a tudományos folyóiratokban publikált, pánrezisztens kórokozók miatt bekövetkezett halálesetek száma nincs összhangban a nemzetközi jelentésekben közölt becsült többlethalálozás (23 000-25 000/év) mértékével. Az antibiotikum-rezisztenciához kapcsolódó problémakör rendkívül összetett, amely az új antibiotikumok fejlesztésén túl az antibiotikumok legmegfelelőbb felhasználására és az optimális terápia kiválasztására irányuló törekvésekben, illetve a szigorú infekciókontroll- tevékenységekben nyilvánul meg.
Kulcsszavak: antibiotikum; pánrezisztencia; PDR; irodalomkutatás

Summary: The discovery and use of antibiotics in the clinical practice can be considered as one of the greatest successes in the history of medicine, but with the global spread of antibiotic resistant pathogens, the results of this success story are being compromised. Many reports and professional recommendations have been published on the significance of bacterial resistance, but it is important to note that all mortality data reported in these reports are based on estimated values based on mathematical models.
A literature search was conducted using PubMed database to look for relevant publication. During the course of this study, publications reporting on deaths directly attributable to

pandrug-resistant (PDR) bacterial infections and published before 10th December, 2018 were included, using appropriate keywords. English and Hungarian publications were analyzed.
In the course of literature search, 2386 publications matched the search criteria from PubMed. A total of four communications have been identified that report a total of 14 PDR-associated deaths. In five cases, patients had cystic fibrosis and most fatal cases were associated with PDR Klebsiella pneumoniae.
Although there are limitations to this study, the results suggest that the number of deaths caused by pandrug-resistant pathogens is inconsistent with the estimated extra-mortality (23000-25000 per year) published in international reports. The problem of antibiotic resistance is extremely complex, in addition to the development of new antibiotics, the solutions include the prudent use of these drugs and strict infection control measures.
Keywords: antibiotic; pandrug resistance; PDR; literature search

BEVEZETÉS

Az antibiotikumok felfedezését és klinikumban alkalmazását az egészségügy történetének egyik legnagyobb sikerének tekinthetjük. Ezen „csodaszereknek” köszönhetően lehetővé vált mind a kisebb, mind pedig az életveszélyes infekciók kezelése. Emellett biztosították a komplex sebészeti beavatkozások, a szervtranszplantációk és a daganatellenes terápia robbanásszerű fejlődését, hiszen magasabb dózisban tudták alkalmazni a klasszikus (citotoxikus) kemoterápiás szereket, mellyel sikeresen megnövelték a betegek túlélését.[1] Az antibiotikum-rezisztens kórokozók globális terjedésével az eddigi eredmények veszélybe kerültek, s ez a folyamat az egészségügyet az ún. „pre-antibiotikum”- érába vezetheti vissza.[2] Az antibiotikum-rezisztencia jelensége az egészségügyben összetett probléma, melynek számos mozgatórugója van.[3,4,5] Az antibiotikumok nem megfelelő használatán túl (a humán- és állatgyógyászatban egyaránt) a gyógyszercégek csökkent érdeklődése is komoly nehézséget jelent. A rezisztens kórokozók egyre gyakoribb megjelenése ellenére az újonnan törzskönyvezett antibiotikumok száma 90%-kal csökkent az elmúlt 30 évben.[2]

A bakteriális rezisztencia jelentőségéről számos jelentést és szakmai ajánlást tettek közzé. Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) 2009 végén kiadott jelentése szerint az Európai Unió tagországai évente legalább 400 000 multirezisztens (MDR) kórokozó által okozott fertőzést jelentenek be, amely adat mögött évente több mint 25 millió kórházban töltött nap és kb. 25 000 fő többletmortalitás áll.[6] Az Amerikai Járványvédelmi Központ (CDC) 2017-ben közzétett becslése hasonló eredményre jutott, miszerint az Egyesült Államokban közel 2 millió fertőzést jelentenek, ez az adat évente kb. 23 000 fő többlethalálozását mutatja.[7] Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2014-ben kiadott jelentésében öt meta-analízis eredményeinek értékelése után (melyben összesen 221 vizsgálat adatait elemezték) arra a következtetésre jutottak, hogy több, antibiotikummal szemben rezisztens kórokozó kimutatása összefüggésbe hozható a rosszabb klinikai kimenetellel.[8] 2016 szeptember 26-án az Egyesült Nemzetek Szervezetén (UN) belül a világ politikai vezetői is tárgyaltak a rezisztens kórokozók okozta veszélyről.[9] Ezen az ülésen egy olyan, Egyesült Királyságból származó vizsgálatra hivatkoztak, mely 2050-re az MDR kórokozók miatti évi 10 millió halálesetet és 100 billió dollár kapcsolódó pénzügyi terhet becsült meg.[10] Egy viszonylag friss közleményben pedig az Európai Unió és az Európai Gazdasági Közösség területére vonatkozóan végeztek becsléseket, melynek eredményeképpen 671 689 multirezisztens kórokozó általi fertőzést, 33 110 fő többlethalálozást és 874 541 rokkantsággal (korlátozottsággal) korrigált, elveszített potenciális életévet (DALY) becsültek a 2015-ös évre vonatkozóan.[11] Azonban fontos megjegyezni, hogy az összes fent említett, nemzetközi jelentésben közölt mortalitási adatok matematikai modelleken alapuló, becsült értékek, s nem végeztek összehasonlításokat a tudományos szakirodalomban jegyzett halálesetek és a multirezisztens baktérium törzsek okozta infekciók közötti összefüggésekkel kapcsolatban.[12] Magyarországon a Nemzeti Nozokomiális Surveillance Rendszerben találhatunk az egészségügyi ellátással összefüggő infekciókkal kapcsolatos aggregált adatokat.

Ezen felül problémát jelent az is, hogy a legtöbb vizsgálatban nem egységes az MDR kórokozó fogalma sem. [1. táblázat] A bakteriális rezisztencia súlyossága szempontjából az ECDC és a CDC által összehívott szakértői csoport konszenzusa alapján kialakított ajánlás alapján három kategóriát különböztethetünk meg: 1) multirezisztens (MDR) az a baktérium törzs, mely rezisztenciát mutat legalább egy, három vagy több antibiotikum-osztályba tartozó antibiotikumra, 2) kiterjedt rezisztenciával rendelkezik (extensively drug-resistant, XDR) az a törzs, amely kettő vagy ennél kevesebb antibiotikum- csoporttal szemben mutat érzékenységet, és 3) pándrogrezisztens (pandrug-resistant, PDR) kórokozók, amelyek nem mutatnak érzékenységet egyik antibiotikummal szemben sem.[13] Fontos kiemelni, hogy az egyes kórokozó baktériumokra hatékony antibiotikumok száma és az esetleges természetes rezisztenciamechanizmusok jelenléte is befolyásolhatja ezt a besorolást: ahhoz, hogy egy *Klebsiella pneumoniae* törzs XDR legyen, már csak két antibiotikum-csoporttal szemben mutat érzékenységet (pl. egy karbapenemáz-termelő, de colistinre és tigeciklinre érzékeny törzs esetén). Ezzel szemben egy *Stenotrophomonas maltophilia* törzs esetén (mivel kevés a klinikailag bizonyítottan hatékony antibiotikum) már a szulfametoxazol-trimetoprim rezisztencia esetén XDR törzsről beszélünk.

A kutatás célja a jelenleg elérhető szakirodalmi adatok feltérképezése a multirezisztens, a kiterjedt rezisztenciával rendelkező és a pánrezisztens baktériumok által okozott fertőzéseknek közvetlenül betudható halálozások gyakoriságát illetően.

1. táblázat: Multirezisztens kórokozóknak tekintett baktériumok a különböző hazai és nemzetközi ajánlásokban

ECDC jelentés[6]	WHO jelentés[8]	CDC jelentés (sürgős és súlyos fenyegetések)[7]	Nemzeti Nozokomiális Surveillance Rendszerben (NNSR) figyelt kórokozók[14]
Methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA)	Methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA)	Karbapenem-rezisztens *Enterobacteriaceae* (CRE)	Methicillin/oxacillin-rezisztens Staphylococcus aureus (MRSA)
Vankomycinre mérsékelten érzékeny vagy rezisztens *Staphylococcus aureus* (VISA, VRSA)	3. generációs cefalosporinokra és fluorokinolokra rezisztens *Escherichia coli*	Multidrog rezisztens *Acinetobacter baumannii*	Vankomycinre mérsékelten érzékeny *Staphylococcus aureus* (VISA)
Penicillin-rezisztens *Streptococcus pneumoniae*	Karbapenem-rezisztens *Klebsiella pneumoniae*	Rezisztens *Campylobacter*	Vankomycin-rezisztens *Enterococcus* (VRE)
3. generációs cefalosporinokra rezisztens *Escherichia coli* és *Klebsiella pneumoniae*		Flukonazol-rezisztens *Candida*	Multirezisztens *Pseudomonas aeruginosa* (MPAE)
Karbapenem-rezisztens *Escherichia coli* és *Klebsiella pneumoniae*		Rezisztens *Neisseria gonorrhoeae*	Sumetrolim-rezisztens *Stenotrophomonas maltophilia* (MSTM)
Karbapenem-rezisztens *Pseudomonas aeruginosa*		Kiterjedt-spektrumú béta-laktamáz-termelő (ESBL) *Enterobacteriaceae*	Imipenem/meropenem-rezisztens *Acinetobacter baumannii* (MACI)
		Vankomycin-rezisztens *Enterococcus* (VRE)	ESBL-termelő/imipenem/meropenem-rezisztens *Escherichia coli* (MECO)
		Multidrog rezisztens *Pseudomonas aeruginosa*	ESBL-termelő/imipenem/meropenem-rezisztens *Klebsiella* spp. (MKLE)
		Rezisztens *Shigella*	Imipenem/meropenem-rezisztens *Enterobacter* spp. (MENB)
		Rezisztens *Salmonella* Typhi	Imipenem/meropenem nem érzékeny és/vagy karbapenemáz termelő egyéb Enterobacteriaceae (CRE)
		Methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA)	
		Penicillin-rezisztens *Streptococcus pneumoniae*	

MÓDSZERTAN

A releváns közlemények kiválasztásához irodalomkutatást végeztem a PubMed adatbázisban az Abat és *mtsai.* által kidolgozott protokoll alapján.[15] A kutatás során azokat a 2018. december 10. előtt megjelent publikációkat válogattam be, amelyek PDR- bakteriális infekciók által közvetlenül okozott halálesetekről számoltak be a humán gyógyászatban, illetve ahol a PDR- kórokozó definiálása során igazodtak az ESCMID által kiadott irányelvekhez. A szakirodalom elemzése során angol és magyar nyelvű közleményeket egyaránt elemeztem. A PubMed keresőmotorjában az alábbi kulcsszavakat használtam: „therapeutic dead end", „therapeutic impasse", „treatment pitfalls", „treatment failure", „pan drug resistant", „pan-drug-resistant", „pan-drug resistant","multi-drug-resistant", „multi-drug resistant", „multi drug resistant", „extremely-drugresistant, „extremely-drug resistant", „extremely drug resistant", „extensively drug resistant", „extensively drug-resistant", „panresistant", „pan-resistant", „panresistance", minden esetben párosítva a „bacteria" kulcsszóval.

EREDMÉNYEK

Az irodalomkutatás során a PubMed adatbázisából 2386 közlemény felelt meg a keresési kritériumoknak, amelyek közül a közleménycímek és összefoglalók áttanulmányozása után 583 került a beválogatottak közé teljes elemzés céljából. Ezek részletes áttekintése során összesen négy olyan közleményt sikerült azonosítani, amely PDR- baktériumtörzsek által közvetlenül okozott haláleseteket ír le.[15,16] A négy közlemény összesen 14 PDR-asszociált halálesetről számol be. A PDR-fertőzésnek betudható halálozást az alábbi kritériumok alapján határozták meg: a. a beteg mintájából kitenyészett a kórokozó, amit a helyi antibiotikum-érzékenységi vizsgálatok alapján PDR-nek klasszifikáltak, b. a PDR-baktérium a laborparaméterek és a klinikai kép alapján patogén (nem kolonizáció vagy kontamináció), c. 30 napos összmortalitás. Két közleményben hasonlították össze a multirezisztens és nem rezisztens kórokozókkal fertőzött betegek halálozási arányát, és szignifikáns különbséget találtak a multirezisztens kórokozók által okozott fertőzések „javára".[17,18] Öt esetben mucoviscidosisban (cisztikus fibrózis) szenvedő betegeket vizsgáltak, s a legtöbb halálos kimenetelű eset PDR *Klebsiella pneumoniae*-hez volt köthető (8 haláleset). A közleményekben a PDR- infekciók mortalitási rátája 6,7-33,33% között változott.[2. táblázat]

2. táblázat: Az irodalomkutatás során talált releváns közlemények

Ország	PDR baktérium törzs	PDR-asszociált halálozások száma	Halálozási arány	Alapbetegség	Fertőzés típusa	Minta típusa
Ausztrália[16]	*Pseudomonas aeruginosa* *Stenotrophomonas maltophilia*	2	6,70%	Mucoviscidosis	Bronchopneumonia	Köpet
Görögország[18]	*Acinetobacter baumannii* *Klebsiella pneumoniae*	8	33,30%	Számos	Bronchopneumonia, véráramfertőzés	Számos
Egyesült Államok[19]	*Klebsiella pneumoniae*	1	*	Májtályog	Véráramfertőzés	Hemokultúra
Egyesült Államok és Kanada[17]	*Pseudomonas aeruginosa*	3	6,70%	Mucoviscidosis	Bronchopneumonia	Köpet

ÖSSZEGZÉS

Az irodalomkutatás során négy olyan közleményt sikerült azonosítani, amelyek a feldolgozott 14 halálesetet közvetlenül a PDR- kórokozók általi infekciónak tulajdonították. A négy közleményből három esetén a baktériumok PDR- státuszát úgy határozták meg, hogy nem vizsgálták az érzékenységüket minden releváns antibiotikum-csoporttal szemben (3-5 antibiotikum-csoportot vizsgáltak). Ennélfogva az is előfordulhat, hogy további antibiotikumokkal szembeni érzékenységük vizsgálatával a fenti közleményekben említett törzsek „csak" XDR státuszúak lennének. Az ECDC 2009-es jelentéséből (amely 25 000 kapcsolódó halálesetet becsül évente az EU 506 millió lakosságszámára vonatkoztatva) az következne, hogy Magyarországon (2018-as lakossági adat: 9 778 371 fő) kb. 480 fő hal meg évente a kapcsolódó MDR/XDR/PDR- infekciók következtében.[6,20] Az irodalomkutatás eredményeképpen azonban csupán négy olyan közleményt sikerült találni globálisan, ahol közvetlenül a PDR-infekcióhoz kapcsolódó halálesetről számoltak be (habár arra nincs garancia, hogy ezek a baktériumok valójában megfelelnek a PDR definíciójának). A fent említett jelentések közük egyik sem használt robusztus, standardizált módszert a MDR-PDR-baktériumok általi többlethalálozás mértékének meghatározására: a MDR-baktériumok okozta fertőzések számának becsléséhez az egyes baktériumfajokra és az invazív infekciókra vonatkoztatott arányszámokat használtak, amelyeket meta-analízisek alapján határoztak meg. Végezetül az MDR-baktériumok okozta halálozási arányt az egyes baktériumfajok és az egyes fertőzéstípusok által okozott mortalitás arányának becslésével határozták meg. Továbbá nem egységes definíciót használnak az MDR patogénekre. Végezetül, ezek a jelentések nem tértek ki arra sem, hogy a becsült többlethalálozás az MDR- infekció közvetlen következménye, vagy a komplex egészségügyi helyzetekben csupán súlyosbító tényezőként szerepel.[21] Ez különösen jelentős az idős, immunhiányos állapotban lévő, komplex alapbetegségekben szenvedő betegcsoportok esetén, ahol a beteg súlyos állapota nagyobb valószínűséggel fog halálozáshoz vezetni. A nem megfelelő empirikus terápiában részesülő betegek szintén torzíthatják az elemzéseket, hiszen ilyen esetekben a mortalitási ráta a rezisztenciaviszonyoktól függetlenül szinte kivétel nélkül magasabb. [21]

KÖVETKEZTETÉSEK

Habár a felhasznált kutatási módszernek (a szakirodalom áttekintése) vannak korlátai, az eredmények azt sugallják, hogy a tudományos folyóiratokban publikált MDR/XDR/PDR- kórokozók által okozott halálesetek száma nincs összhangban a nemzetközi jelentésekben közölt, becsült többlethalálozás mértékével. További korlátnak tekinthető, hogy a multirezisztens kórokozókkal kapcsolatos szakirodalom rendkívül gazdag, mind az alapkutatás, mind a klinikai esetek tekintetében, így más kulcsszavak felhasználásával (pl. MRSA, VRE, CRE) valószínűleg további vagy más jellegű közlemények is felmerültek volna az irodalomkutatás során. Az antibiotikum-rezisztenciához kapcsolódó problémakör a fentieknél természetesen sokkal összetettebb, s még akkor is érdemes kritikát gyakorolni, ha ezeket a tanulmányokat több ezer közlemény szerzője idézi saját kutatási eredményeik alátámasztására. Az antibiotikum- rezisztencia problémájának megoldása az új antibiotikumok fejlesztésén túl az antibiotikumok legmegfelelőbb felhasználására (antibiotic stewardship) és az optimális terápia kiválasztására irányuló törekvésekben (klinikai mikrobiológiai laboratóriumok szerepe), illetve a szigorú infekciókontroll- tevékenységekben nyilvánul meg, mind az alapellátás, mind a fekvőbeteg-szakellátás területén.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

HIVATKOZÁSOK

[1] Andersson DI, Hughes D. Antibiotic resistance and its cost:is it possible to reverse resistance? Nat Rev Microbiol 2010; 8: 260–71.
[2] Bush K, Courvalin P, Dantas G et al. Tackling antibiotic resistance. Nat Rev Microbiol 2011; 9: 894–6.
[3] Spengler G, Kincses A, Gajdács M et al. New Roads Leading to Old Destinations: Efflux Pumps as Targets to Reverse Multidrug Resistance in Bacteria. Molecules 2017; 22(3):468. https://doi.org/10.3390/molecules22030468
[4] Gajdács M, Paulik E, Szabó A. Közforgalomban dolgozó gyógyszerészek antibiotikum felhasználással és rezisztenciával kapcsolatos véleménye. Acta Pharm Hung 2018; 88(43):249-52.
[5] Gajdács M, Paulik E, Szabó A. Közforgalomban dolgozó gyógyszerészek attitűdvizsgálata a fertőző betegségekkel kapcsolatos szerepkörük kiszélesítésére vonatkozóan Magyarország délkeleti részén. Gyógyszerészet 2019; 63(1): 26-30.
[6] ECDC/EMEA Joint Technical Report (2009) The bacterial challenge: time to react. 2009. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf (Elérve: 2018. 12. 30.)
[7] CDC Antibiotic/Antimicrobial Resistance (AR/AMR). https://www.cdc.gov/drugresistance/biggest_threats.html (Elérve: 2018. 12. 30.)
[8] World Health Organization (2014) Antimicrobial resistance: global report on surveillance. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf. (Elérve: 2018. 12. 30.)
[9] Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on Antimicrobial Resistance: draft resolution. United Nations Digital Libary https://digitallibrary.un.org/record/842813?ln=en (Elérve: 2018. 12. 30.)
[10] O'Neill J (2014) Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. https://amr-review.org/sites/default/files/AMRReviewPaper-Tacklingacrisisforthehealthandwealthofnations_1.pdf (Elérve: 2018. 12. 30.)
[11] Cassini A, Högberg D-L, Plachouras D et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Lancet Infect Dis 2019; 19(1):55-56.
[12] Abat C, Rolain J-M, Dubourg G et al. Evaluating the clinical burden and mortality attributable to antibiotic resistance: the disparity of empirical data and simple model estimations. Clin Infect Dis 2017; 65:S58–S63.
[13] Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB et al. Multidrug-resistant, extensively drug resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. Clin Microbiol Infect 2012; 18:268–81.
[14] Az Országos Epidemiológiai Központ Tájékoztatója a Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer 2017. évi eredményeiről https://www.antsz.hu/data/cms88661/NNSR_2017.pdf (Elérve: 2018. 12. 30.)
[15] Abat C, Fournier P-E, Jimeno M-T et al. Extremely and pandrug-resistant bacteria extra-deaths: myth or reality? Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2018; 37(9):1687-97.
[16] Dobbin C, Maley M, Harkness J et al. The impact of pan-resistant bacterial pathogens on survival after lung transplantation in cystic fibrosis: results from a single large referral centre. J Hosp Infect 2004; 56:277–82.
[17] Hadjiliadis D, Steele MP, Chaparro C et al. Survival of lung transplant patients with cystic fibrosis harboring panresistant bacteria other than Burkholderia cepacia, compared with patients harboring sensitive bacteria. J Heart Lung Transplant 2007; 26:834–8.
[18] Falagas ME, Rafailidis PI, Matthaiou DK et al. Pandrug-resistant Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa and Acinetobacter baumannii infections: characteristics and outcome in a series of 28 patients. Int J Antimicrob Agents 2008; 32:450–4.
[19] Elemam A, Rahimian J, Mandell W. Infection with panresistant Klebsiella pneumoniae: a report of 2 cases and a brief review of the literature. Clin Infect Dis 2009; 49:271–4.
[20] Magyarország népessége. KSH statisztika https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00001.html (Elérve: 2018. 12. 30.)
[21] de Kraker MEA, Stewardson AJ, Harbarth S. Will 10 million people die a year due to antimicrobial resistance by 2050? PLoS Med 2016; 29(13):e1002184.

A felső tagozatos és a középiskolai biológia tankönyvek szerepe az egészségnevelésben

The role of elementary school senior class- and secondary school biology textbooks in health education

Szerzők: Szalainé Tóth Tünde[a], Nagyné Horváth Emília[b], Falus András[c]✉, Bihariné Krekó Ilona[d], Mészárosné Darvay Sarolta[d], Kitzinger István[e], Kukovecz Éva[e], Karacs Zsuzsanna[f], Horváth Zsolt[g], Kőrösiné Molnár Andrea[g], Jánossyné Solt Anna[h], Feith Helga Judit[i]

a: Lovassy László Gimnázium, Veszprém, b: Kőbányai Bem József Általános Iskola, Budapest, c: Semmelweis Egyetem, Általános Orvosi Kar, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet, d: Eötvös Loránd Egyetem, Tanító és Óvóképző Kar, Természettudományi Tanszék, e: Vörösmarty Mihály Gimnázium, Érd, f: Tamási Áron Általános Iskola és Német Két Tannyelvű Nemzetiségi Gimnázium, Budapest, g: Gödöllői Református Líceum Gimnázium, h: Városmajori Gimnázium, Budapest, i: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

Beküldve: 2019. 01. 28.
doi: 10.24365/ef.v60i2.413

„Határozottan hiszek abban, hogy értékítéletünk koordinátái már egészen korán kialakulnak. Mindaz, amit később teszünk, ezen az értékrenden alapul.”

(Szent-Györgyi Albert)

A szerzőkről:

Szalainé Tóth Tünde: biológia-kémia szakos középiskolai tanár
Nagyné Horváth Emília: biológia-kémia szakos általános iskolai tanár
Falus András: professzor emeritus, a TANTUdSZ program vezetője
Kitzinger István: biológia-környezettan szakos középiskolai tanár
Kukovecz Éva: földrajz-biológia szakos középiskolai tanár
Bihariné Krekó Ilona: címzetes egyetemi docens
Mészárosné Darvai Sarolta: habilitált egyetemi docens
Horváth Zsolt: biológia-kémia szakos középiskolai tanár
Kőrösiné Molnár Andrea: biológia-földrajz szakos középiskolai tanár
Karacs Zsuzsanna: biológia-kémia szakos középiskolai tanár
Jánossyné Solt Anna: biológia-kémia szakos középiskolai tanár
Feith Helga Judit: főiskolai tanár

Összefoglaló: Az ifjúsági egészségfejlesztés nagy jelentőségű a jelen és a jövő társadalma számára. Mindehhez az iskolai tananyagokon túl komplex, átfogó és a gyakorlati munkában, tanácsadásban is jól használható, felelősségteljes információkat kívánunk adni a korszerű környezettudatosság, a táplálkozás, a mozgáskultúra és a szenvedélybetegségek kérdésein át többek között az iskola-egészségügy, a mentálhigiéné, a pszichoszomatikus kórképek, az egészséges öregedés, a család és a bioetika legfőbb kérdéseinek köréből. Ehhez pontos ismeretek szükségesek az iskolai tananyag egészségneveléssel kapcsolatos részleteit illetően. Áttekintésünk alapján megállapítható, hogy az ötödik osztálytól a nyolcadikig, majd tizenkettedikig a természettudományos tanulmányi-oktatási terv és az oktatási tananyag (egy-két részletkérdéstől eltekintve) alkalmas az egészségtudatosságra való nevelés korcsoportra specifikus alapjainak lerakására.
Kulcsszavak: egészségnevelés; köznevelés; biológia oktatás; tankönyvek

Summary: Youth health promotion is of great importance for present and future society. For this, beyond school curricula, we want to provide comprehensive, complex, and reliable information well-developed for use in practice and counselling, including the issues of modern environmental awareness, nutrition, movement culture and addictions, among others, the key issues of school health, mental health, psychosomatic diseases, healthy aging, family and bioethics. This requires accurate knowledge of the school curriculum related to health education. Based on our review it can be concluded that from the fifth grade to the eighth, and then to the twelfth, the science education plan and educational curriculum (apart from one or two minor details) are suitable for laying the foundation for the age-specific basis of health awareness education.
Keywords: health education; public education; biology teaching; textbooks

BEVEZETÉS

Nem vitatható, hogy a családi és az óvodai hatások mellett a tudatos egészségnevelés legfontosabb színtere az iskola, amit a fiatal korosztály hosszú éveken át látogat. Ha a fiatalok jó példát látnak maguk körül és a diákok megismerik azokat a lehetőségeket, hogy miként lehet bizonyos betegségeket elkerülni, miért fontos az egészséges életmód, akkor a gyermekek nagyobb eséllyel válhatnak egészséges felnőttekké.[1] Az iskola olyan keretet adhat, melynek segítségével mód nyílik az egészségesebb életvitel készségeinek, magatartásmintáinak kialakítására és gyakorlására.

Az egészségnevelés a mai Nemzeti Alaptanterv (NAT) közös követelményeiben és szándékaiban áthatja az iskolai élet valamennyi színterét. Kiemelt feladat, hogy az iskola minden tevékenységével szolgálja a tanulók egészséges testi, lelki és szociális fejlődését. Az egészséges, egészségtudatos életmódra nevelés nemcsak a betegségek megelőzésének módjára tanít, hanem az egészség örömteli megélésére és a harmonikus élet értékként való tiszteletére is nevel. Az iskolák fontos feladata, hogy fejlesszék a beteg, sérült és fogyatékossággal élő embertársak iránti elfogadó és segítőkész magatartást. Ismertessék meg a környezet leggyakoribb, egészséget, testi épséget veszélyeztető tényezőit. Nyújtsanak támogatást a gyerekeknek – különösen a serdülőknek – a káros függőségekhez vezető szokások (pl. dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, internetfüggőség) kialakulásának megelőzésében. Segítsék a krízishelyzetbe jutottakat. Az iskola megkerülhetetlen feladata, hogy foglalkozzon a szexuális kultúra és magatartás kérdéseivel, és figyelmet fordítson a családi életre nevelésre.[2] Mindezen fejlesztési feladatok megvalósításához szükséges, hogy a pedagógusok minden segítséget megkapjanak. A Magyar Tudományos Akadémia által támogatott Tanulj, Tanítsd, Tudd! (TANTUdSZ) nevű tantárgy-pedagógiai-, kortársoktatáson alapuló program egyik célja pontosan az, hogy felhívja

az érintett pedagóguskollégák figyelmét az egészségtudatossági tartalmak fontosságára és segítse felhasználásukat.[3]

A fizikai és a mentális egészségnevelés módszertana szerteágazó, és ebben megkérdőjelezhetetlen a tankönyvek fontos szerepe. Az egészségnevelés alapvető célja, hogy 1) a tanulók korszerű ismeretekkel, és azok gyakorlásához szükséges képességekkel, jártasságokkal rendelkezzenek az egészségük védelme érdekében s 2) az, hogy motiválja a tanulókat: bővítsék az egészségre vonatkozó fogalomkészletüket. Ehhez szükség van korszerű, nemcsak jól kézbevehető, de digitálisan is elérhető tankönyvekre, melyek segítik a tanár munkáját és felkeltik a tanulók érdeklődését a téma iránt.

Az általános iskolák felső tagozatában és a középiskolákban ma a Z generáció – az 1995 után születettek – tagjait tanítjuk. Csak akkor érünk el eredményt az egészségfejlesztés terén, ha kellőképpen motiváljuk diákjainkat, életközelivé tesszük a tananyag feldolgozását, felhasználjuk a felnövő korosztály által preferált új digitális technológiai eszközöket. Kiemelt fontosságú a pedagógus személyes példamutatása, valamint a kortársak szerepe. Azonban mindezek mellett szükség van jó tankönyvekre is! Olyanokra, amelyek ábra- és ismeretanyagukkal felkeltik a tanulók érdeklődését, amelyek szakmailag hitelesen és olvasmányosan biztosítják az egészségügyi alapismertek elsajátítását. A tankönyv legyen ismeretterjesztő, tartalmazzon tudománytörténeti áttekintést, a diák pedig találjon benne sok-sok gyakorlati tudnivalót! Találjon választ a mindennapi életben felmerülő kérdésekre. Hívja fel a figyelmet a tankönyv a vizsgálódásokra, az egyéni ismeretszerzésre, kutatómunkára.

Áttekintésünk során találkoztunk olyan jó tankönyvekkel, amelyeket hatékonyan használhatunk a biológiaórákon az egészségtudatos életmódra nevelés kapcsán. Ehhez azonban minden esetben szükség van a pedagógusok módszertani sokszínűségére, s az egészségfejlesztés, tudatos egészségnevelés iránti elhivatottságára. Az ifjúság egészségnevelése kiemelkedő fontosságú a jelen és jövő társadalma számára. Bízunk abban, hogy a készülődő új NAT-ban is kellő hangsúlyt kap az egészségnevelés, s a jövő iskolájában olyan könyveket és digitális segédleteket kapnak majd kézbe a fiatalok, amelyek révén hatékony egészségnevelésben részesülnek.

Jelen cikkünkben a felső tagozatos és a középiskolai biológia tankönyveket tekintjük át arra fókuszálva, hogyan jelenik meg bennük az egészségtudatosságra nevelés és az egészségfejlesztés.

Felső tagozatos biológia tankönyvek[i]

Természetismeret az 5-6. osztályban

Az elemzett tankönyvek szerzői témakörönként sokoldalú lehetőséget nyújtanak az egészségnevelésre: egészséges táplálkozás, kártevők elleni védekezés, madáretetés, haszonállatok fontossága, az állattartás felelőssége, hogy csak néhányat említsünk.[4] Ezek csupán lehetőségek, amit a tanár kihasználhat.

A hatodik osztályosok tankönyve az erdő életközössége és a vizek, vízpartok élővilága témakörökön kívül tartalmazza az ember szervezettani felépítését és működését, valamint egészségmegőrzés, családi kapcsolatok, energia, Föld és a világegyetem, éghajlat, Magyarország témákat is. Az életközösségek témakörben hangsúlyt helyez az élőlény és a környezet kapcsolatára.
Lényeges, hogy a tananyag mindegyik szervrendszer működésénél említ egészségügyi problémákat is, kivéve a szív- és érrendszeri betegségeket, amiről – nem egészen érthető módon – nem szól. A nemek közti különbségek és a családi kapcsolatok témánál a testi és lelki, illetve a családi higiénia kap szerepet. Az egészségmegőrzésnél szóba kerülnek a fertőzést kiváltó tényezők, baktériumok, vírusok (pl. az AIDS okozója a humán immunhiány vírus, azaz a HIV), emellett az alkohol, a dohányzás, a kábítószerek, a nyugtatószerek, a stressz és a különleges fontosságú elsősegélynyújtás. A tankönyvi ábrák demonstrációs hatékonysága igen jó, talán több ábra még jobban megszólítaná ezt a korosztályt.[5]

[i] A tankönyvek mellett javasolt honlapok: tudasbazis.sulinet.hu/hu/termeszettudomanyok, oktatas.hu

Biológia, illetve biológia-egészségtan a 7-8. osztályban

Az elemzett tankönyvek szerzői minden témakörben (idegen tájak életközösségei, élőlények rendszerezése, környezeti hatások) felhívják a figyelmet a természet-környezet védelmére, a nemzeti parkok esetében a természetjárásra. Ez a tananyag a globális problémákat és azok hatásait is elemzi (klímaváltozás, esőerdők kiirtása, energia- és hulladékprobléma). A gyógynövényeket a termesztett növényeknél említik, ugyanakkor kár, hogy a rendszertani csoportoknál nincs utalás bizonyos növények gyógyhatásaira. A kórokozó vírusok említésre kerülnek, de a betegséget nem okozó baktériumok (mikrobiom) egészségünket nagymértékben befolyásoló hatása nem. A képek motiválóak és jó feladatok, elemzések közül lehet választani. [6]

A nyolcadikos biológia tankönyvek anyaga felöleli az ember szervezettani felépítését és működését. Mindegyik szervrendszer működésénél tárgyalja az egészségügyi problémákat is. Az életkori sajátosságoknak megfelelően a tankönyv kitér az elhízás, fogyókúra problémájára is. [7]

A közlés stílusa a korosztálynak megfelelő, ugyanígy a témák mélysége és a tananyag magyarázata is. A tankönyvben megfelelő módon bevezetett gyakorlati órák, gondolkodtató feladatok, érdekességek, a mindennapokból vett példák olvashatóak és jól használható projektmunkákat is talál a pedagógus. Az anyagot kiegészíti a részletes, korrekt kislexikon tényanyaga is.

Az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet (OFI) kiadásában készült nyolcadikos biológia-egészségtan kísérleti tankönyv esetében minden összefoglalásnál vannak használható projektfeladatok. Ezek és a motiváló rajzok, valamint az egyéb feladatok jó alapot adnak a gyermek-egészségügyi alapismeretek és a higiéniai téma gyakoroltatásához. Az utolsó fejezetben tárgyalt „Felelősségünk önmagunkért, egymásért, a Földért” témához jól illeszthető a lelki egészség komplex problematikája és a környezeti tényezők szerepe is.[8]

Középiskolai biológia tankönyvek

Az alábbi tankönyvek közül a hivatalos Köznevelési Tankönyvjegyzékben csak a Lénárd- és a Mándics—Molnár-féle tankönyvcsaládok kötetei szerepelnek, de egyéb tankönyvekhez is hozzá lehet még jutni. Több iskola, szaktanár ragaszkodik ez utóbbi, régebben megjelent, kipróbált és jól bevált tankönyvekhez.

A Lénárd-sorozat

A jelenlegi Lénárd-sorozat a régi, jól ismert három kötetes tankönyvek újragondolása, átdolgozása. A változtatásban figyelembe vették a szerzők a megváltozott kimeneti követelményeket, azaz az új részletes érettségi vizsgakövetelményeket.

A tankönyvek tartalma, ábraanyaga jól kapcsolható a mindennapi élethez. Természetesen az embertan témakörében szerepel a legtöbb kapcsolat az egészségre neveléssel. Minden szervrendszer esetében számos megbetegedést ismertet. A könyvekben szervrendszerenként sok példát találunk egészségi kockázatra, megelőzésre. Részletesen foglalkozik a szaporodás és egyedfejlődés témakörnél a fogamzásgátlási lehetőségekkel, valamint a szexuális úton terjedő betegségekkel. A rendszertan és az ökológia témákban is megjelenik kisebb-nagyobb mértékben az egészség- és környezettudatosság.

Ha azt nézzük, hogy mi található az érettségi követelményrendszerben, ennek elvárásait a Lénárd-sorozat teljesíti. Az egészség és a valódi környezettudatosság területén felmerülő hiányosságok is éppen ennek tulajdoníthatóak, hiszen a szerzők a kimeneti követelményeknek megfelelően készítették el a vizsgált tankönyveket. Viszont – mivel az „egészség mindenkié” – a biológia tananyagban kellene minél több lehetőséget biztosítani az egészségneveléshez, hiszen nem mindenki fog érettségizni, de a tankönyvek egészségnevelési részei a nem érettségizőknek is kell, hogy szóljanak. [9,10,11]

A „Biológia–egészségtan" tankönyvek

A Mándics és Molnár által írt biológiakönyvek címe a NAT kerettanterveknek megfelelően: Biológia–egészségtan. S a címhez hűen számos helyen találunk egészségtani hivatkozásokat a könyvekben. A 10. osztályosoknak íródott kiadvány főbb témakörei: rendszertan, etológia, valamint kisebb terjedelemben megjelenő ökológia és evolúció. Ezek a témák is lehetőséget adnak az egészségnevelésre és arra is, hogy környezettudatosságra neveljük a diákokat. Többek között a baktériumokról, vírusokról, gombákról, férgekről, ízeltlábúakról és az emlősökről tanítva kapcsolódhatunk a könyv ismeretanyagára támaszkodva a mindennapi élethez. Ezekben a témákban előkerülnek a különféle kórokozók által okozott betegségek, a gombamérgezések, mindezek elkerülésének lehetőségei, valamint a testi higiénia alapszabályai.

A növénytanban kevés szó esik a növények emberi táplálkozásban betöltött szerepéről, illetve a gyógynövényekről. Az ökológia témakör nagy hangsúlyt fektet arra, hogy tudatosítsa: az ember része a természetnek. A feldolgozás során viszont rávilágíthatunk arra is, hogy az ember a természetátalakító tevékenységével olyan károkat okozhat, ami visszahat a bioszféra élőlényeire, így az emberre is. A tankönyvben számos érdekes olvasmány teszi életközelivé a tananyagot, de természetesen szükség van arra, hogy a tanárok a tankönyvi anyagon túl, minél több módon motiválják a diákokat, illetve minél több lehetőséget találjanak arra, hogy kapcsolatba hozzák a tanultakat a mindennapi élettel.[12]

A 11. osztályosoknak szánt kötet ismeretanyaga teljes mértékben illeszkedik a tankönyv címéhez. A sok-sok olvasmány, a kísérletezésre, vizsgálódásra való lehetőség, a leckevégi kérdések, feladatok segítik az interaktív feldolgozást, a mindennapi élethez való kapcsolódást, így felkeltik a diákok érdeklődését s az igényét az egészségtudatos életre. Az emberi szervrendszerek tanítása során lehetőség nyílik arra, hogy bővítsük a diákok egészségügyi alapismereteit. Átfogó képet kaphatnak a káros szenvedélyek egészségkárosító hatásairól, a civilizációs betegségekről, valamint a felelős, tudatos utódvállalás, a családi élet és környezet fontosságáról is. A tankönyv arra is alkalmas, hogy rávilágítson: a betegségek kialakulásában az öröklete tényezők mellett az életmódnak, az epigenetikai tényezőknek is fontos szerepe van.[13]

A tizenkettedikes kötet legtöbb témaköre a mindennapi élethez illeszkedően foglalkozik az egészségneveléssel, hiszen a „Genetika", a „Modern genetika a mindennapokban", az „Ember egyéni és társas viselkedése", valamint a „Gazdálkodás és fenntarthatóság" témakörök tartalmaznak napi aktualitásokat is. Mindezek még jobban felkeltik a tanulók figyelmét és érdeklődését. A leckék tárgyalási módja, az érdekes olvasmányok, a kísérletek, vizsgálódások, az egyéni kutatómunkára felszólító lehetőségek ugyancsak fokozzák az igényt az egészségtudatos életmódra. A tananyag megismerése során képet kapnak a diákok a genetikai betegségekről, az epigenetikai tényezők szerepének fontosságáról, a modern genetikai eljárások etikai és jogi vonatkozásairól, a testképzavarok (kóros elhízás és kóros soványság) okairól, következményeiről, a környezetszennyezés és az ember természetátalakító tevékenységének következményiről. Ezek a tankönyvi megoldások mind hozzásegítik a nagykorúság küszöbén álló fiatalokat, hogy egészség- és környezettudatos felnőttekké váljanak.[14]

A mozaikos tankönyvek

A Mozaik Kiadó által jegyzett tankönyvek nagyon népszerűek az emelt szintű érettségire történő felkészítésben.[15,16,17] Gál tankönyvei közül a 11. osztályosoknak íródott kötet címe: a Sejt és az ember biológiája. Az embertan témakörben szerepelnek az egészségtani alapismeretek, az elsősegélynyújtás, a védőoltások, az egyes betegségek kialakulásának okai, ezek kezelésének, gyógyításának lehetőségei.[16] Környezettani vonatkozások és tudománytörténeti utalások is helyet kaptak a szerző köteteiben.[15,16,17] A Szerényi által írt Biológia érettségizőknek 1. és 2. tankönyvek a részletes érettségi vizsgakövetelmény alapján az emelt szintű érettségizőknek íródtak. Céljuk a sikeres emelt szintű érettségire történő felkészítés, így az egészségtani ismeretek átadásán kívül további célként nem jelenik meg a motiválás és az érettségi témakörén túlmutató ismeretterjesztés.[18,19]

Az Oláh-féle tankönyvek

Az Oláh által fémjelzett biológia tankönyvcsalád 3 kötetben, a biológiaoktatás évfolyamos tagolásának megfelelően dolgozza fel a középiskolás biológiai ismeretanyagot: a Biológia 10. kötet elsősorban az élőlények rendszerezéséről, életműködéseikről szól. Ennek során, különösen az emberről szerzett információk hiányában csak nagyon érintőlegesen találhatók az egészségneveléssel kapcsolatos ismeretek.[20] A Biológia 11. kötet a sejtek anyagcsere-folyamatairól, valamint az embertanról szól, főleg itt találhatóak egészségtani alapismeretek.[21] A Biológia 12. kötet első fele a genetika törvényszerűségeivel, míg második része az evolúció és az ökológia témakörével foglalkozik.[22] A tankönyvekben alapvetően megfigyelhető az egészségvédelmi ismeretek széles körű, a mindennapi életre vonatkozó átadása.

A Zátonyi-féle tankönyvek

Az Apáczai Kiadó által egykoron megjelentetett Zátonyi: Biológia a gimnáziumok 11. évfolyama számára nevű tankönyv anyaga átfogóan, jól szemléltetve írja le az emberi szervrendszerek felépítését és működését. Mindegyik szervrendszer esetében részletesen bemutatja az ahhoz kapcsolódó egészségügyi problémákat. Nagyon hasznos, hogy nemcsak a „közismert" problémákat (pl. hasmenés, tüdőgyulladás, csonttörés) tárgyalja, hanem a gyerekek számára nehezebben elmagyarázható, manapság gyakran előforduló jelenségekkel (pl. anorexia, Lyme-kór, testékszerek, nemi úton terjedő fertőző betegségek, AIDS) is kimerítően foglalkozik. Kiemelendő, hogy külön fejezeteket szán az egészségügyi ismeretekhez kapcsolódó nagyon lényeges kérdésekre: pl. a tisztálkodás szabályaira, a haj, a bőr és az élelmiszerek higiéniájára. Összefoglalja a daganatos betegségek megjelenéséért felelős környezeti tényezőket, életmódbeli faktorokat, genetikai okokat és lelki tényezőket. Tárgyalja a testedzés hatását a szervezet egészére, az edzés típusait, azok speciális hatásait. Bemutatja az elsősegélynyújtás alaplépéseit. A szenvedélybetegségek közül kiemelten, részletesen tárgyalja a dohányzást, az alkoholizmust, a különböző kábítószereket, rövidebben ír a koffeinről és megemlíti a viselkedési függőségeket. A témakörökhöz kapcsolódnak a gyerekek figyelmét felkeltő kérdések, feladatok. A könyv nagyon jó alapot ad a gyermekek egészségügyi és higiéniával kapcsolatos alapismereteinek elmélyítéséhez.[23]

Szakgimnáziumok – tankönyv nélkül

A szakgimnáziumok 9. osztályában heti 3 órában komplex természettudomány tantárgyat tanulnak a diákok, ehhez azonban sajnálatosan nincs hivatalosan forgalomban lévő tankönyv. Így az itt tanító pedagógus óriási felelőssége az, hogy átadja a tanulóknak azokat az egészségtani alapismereteket, amelyek nélkülözhetetlenek ahhoz, hogy egészségtudatos felnőttekké váljanak a szakgimnazista fiatalok is. Az Eszterházy Károly Egyetem (a volt OFI) munkatársai által a Nemzeti Köznevelési Portálon[24] készített oktatási segédanyagok értékes segítséget nyújtanak ebben. Ezeket az anyagokat minden iskolatípusban tanító szaktanárnak is ajánljuk.

ÖSSZEGZÉS

A biológiaoktatásban használt tankönyvek alkalmasak a diákok egészségtudatos szemléletének alakítására. Az általunk elemzett tankönyvek összességében jól szolgálják az egészségnevelést, különösen, ha motiváló, interaktív módszerekkel történik a bennük lévő ismeretek átadása. Az egészségformálás ezekkel a kiadványokkal – természetesen tanári segítséggel, irányítással – megvalósulhat a tizenéves korosztályban. Mint ismeretes, az egészség dimenziói a testi, lelki, mentális, emocionális és a szociális egészség. A diákok a tananyag jellegéből adódóan elsősorban a testi egészség terén találnak felvilágosítást, egészségügyi alapismereteket tankönyveikben. Az ember magatartását és a szaporodást feldolgozó témakörökben előkerül a lelki és mentális egészség is. Fontos, hogy különösen a prevenciót hangsúlyozva kerüljön sor a betegségek megbeszélésére. Amit a legkevésbé érintenek az elemzett tankönyvek: az emocionális, illetve a szociális egészség. Ezek azonban előkerülnek a tankönyvek, a tananyagok feldolgozása során – pl. a csoportmunkák kiválóan alkalmasak a szociális kompetenciák fejlesztésére, így a szociális egészség formálására, továbbá a környezeti hatások bemutatására a tudatos életmódra nevelésben.

HIVATKOZÁSOK

[1] Feith HJ, Lukács Á, Gradvohl E, et al. Health education – responsibility – changing attitude. Acta Univ. Sapientiae, Social Analysis. 2018;8:55−74. doi: 10.2478/aussoc-2018-0004
[2] Darvay S. Intézmények közötti együttműködés az iskolai egészségfejlesztés megvalósításában. Iskolások Egészségéért XII. Országos Továbbképző Konferencia. Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság, Budapest, 2016. október 14.
[3] Lukács JÁ, Mészárosné Darvay S, Soósné Kiss Zs és mtsai. Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés. Egészségfejlesztés. 2018;59:6-25. doi: 10.24365/ef.v59i1.215
[4] Csákány A, Hartdégenné Rieder É, Rugli I. Természetismeret 5. Nemzedékek Tudása Tankönyvkiadó, Budapest, 2013.
[5] Csákány A, Dombórávi L, Hartdégenné Rieder É. Természetismeret 6. Nemzedékek Tudása Tankönyvkiadó, Budapest, 2013.
[6] Asztalos Gy, Paál T. Biológia 7. Nemzedékek Tudása Tankönyvkiadó, Budapest, 2016.
[7] Kovács I, Victor A, Paál T. Biológia 8. Nemzedékek Tudása Tankönyvkiadó, Budapest, 2016.
[8] Kropog E. Biológia-egészségtan 8. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 2016.
[9] Lénárd G. Biológia a gimnáziumok számára 10. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet , Budapest, 2015.
[10] Lénárd G. Biológia a gimnáziumok számára 11. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 2015.
[11] Lénárd G. Biológia a gimnáziumok számára 12. Oktatáskutató és FejlesztőIntézet , Budapest, 2015.
[12] Mándics D, Molnár K. Biológia-egészségtan tankönyv 10. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 2015.
[13] Mándics D, Molnár K. Biológia-egészségtan tankönyv 11. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 2015.
[14] Mándics D, Molnár K. Biológia-egészségtan tankönyv 12. Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 2015.
[15] Gál B. Biológia 10. Mozaik Kiadó, Szeged, 2016.
[16] Gál B. Biológia 11. Mozaik Kiadó, Szeged, 2016.
[17] Gál B. Biológia 12. Mozaik Kiadó, Szeged, 2016.
[18] Szerényi G. Biológia érettségizőknek 1. Mozaik Kiadó, Szeged, 2010.
[19] Szerényi G. Biológia érettségizőknek 2. Mozaik Kiadó, Szeged, 2010.
[20] Oláh Zs. Biológia 9. évfolyam. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2008.
[21] Oláh Zs. Biológia 10. évfolyam. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2008.
[22] Oláh Zs. Biológia 11. évfolyam. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2008.
[23] Zátonyi Sz. Biológia a gimnáziumok 11. évfolyama számára. Apáczai Kiadó, Budapest, 2011.
[24] Nemzeti Köznevelési Portál: portal.nkp.hu

Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?

Is the school the cornerstone of health? Why and what should schools do for pupil's health?

Szerző: Vitrai József ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2019. 03. 31.
doi: 10.24365/ef.v60i2.445

Összefoglaló: Rövid útmutató az iskoláknak, miért, hogyan tehetnek minél többet a gyermekek egészségéért, felhasználva a viselkedésváltoztatás elméleti kereteit.
Kulcsszavak: iskolai egészségfejlesztés; viselkedésváltozás

Summary: Short guidelines for schools on why and how they can do more for children's health using the theoretical framework of behavioral change.
Keywords: school health promotion; behavioral change

MIÉRT LEGFONTOSABB ÉRTÉK AZ EGÉSZSÉGÜNK?

Az egészség nem más, mint az elhatározásaink megvalósításának képessége. Azaz testi-lelki képesség az elhatározott cselekvéseink megvalósítására az adott körülmények között. Az egészségünktől függ, hogy meg tudjuk-e tenni azt, ami akarunk, és amire lehetőségünk lenne. Mindegy mennyire ismerjük a történelmet, mindegy milyen ügyesen tudunk megoldani matematikai feladatokat, testi-lelki egészségünk korlátozhatja tudásunk hasznosíthatóságát. Gyermek- és fiatalkorban az egészség befolyásolja, mennyi tudást szívunk magunkba, felnőttként milyen állást tudunk megszerezni, és ezáltal milyen életkörülményeket teremtünk, végső soron alapvetően befolyásolja, milyen pályát futunk be életünk során. Nem kétséges, mindannyiunk számára a saját egészségünk a boldogulásunk záloga, a legnagyobb értékeink egyike.

Szándékaink megvalósításának képességét, azaz egészségünket a szülőktől örökölt, illetve az életutunkon szerzett tulajdonságaink együtt biztosítják. Az örökléstan legújabb eredményei rámutatnak arra, hogy a szülők életmódja, életkörülményei befolyásolják a születendő gyermek tulajdonságait (sőt, a gyermekek még tovább is örökíthetik saját gyerekeiknek). A szüleinktől kapott tulajdonságaink mellé — a születés pillanatától a halálig — a változó életkörülményeink között szerzett tapasztalataink befolyásolják életmódunkat és egészségünket. Megállapíthatjuk: pillanatnyi egészségünk sok-sok egyéni és környezeti tényező hatásának időbeli eredőjeként alakul.

Az előzőben leírtak az egyénről könnyedén kiterjeszthetők a közösségekre is: egy korosztálynak, egy város vagy falu lakosságának egészsége, produktivitása egy seregnyi tényező összegződő eredménye. Nyilvánvaló, ahhoz hogy egy közösség egészsége javuljon, az életkörülményeknek is javulniuk kell, változnia kell a környezettel és a hagyományokkal erősen meghatározott életmódnak is. Így érthető, hogy ezek a hagyományok, a már kialakult és megszokott körülmények, mint vendégmarasztaló sár, akadályozzák a változást, az egészség javítását. Könnyen belátható az is, hogy

éppen az iskolában „átmeneti helyzetben” lévő gyermekek életmódja változtatható a legnagyobb eséllyel. Ők éppen leválnak a családról, de még nem léptek be a felnőttek világába, ezért náluk a legkisebb a hagyományok, szokások visszahúzó ereje.

MIVEL KEZDJÜNK?

„…a Raven Ultra például bőven elég a Mont Blanc normál útjára és csak 348 gramm.” Leszámítva néhány hegymászót, az előző mondat a legtöbb embert „hidegen hagyja.” Nem jegyzi meg, nem értelmezi az állítást. Nem, mert a magashegyi túrázás nem érdekes téma számára. Hasonló a helyzet a gyermekek többségével: hiába adnak nekik étkezési tanácsot, javasolnak több testmozgást, írják a dobozra, hogy a dohányzás káros az egészségre, ha számukra az egészség nem érdekes, nem fontos. Ezért az első lépés elérni, hogy megértsék, boldogulásuk záloga az, hogy egészségesek maradjanak. Az egészségnek belső értékké kell válnia ahhoz, hogy kiemelt szempont legyen döntéseiknél, hogy a lehető legtöbbször az egészségesebbet válasszák. Ha fontossá válik az egészség, akkor érdekessé válik az, amit azzal kapcsolatban nekik elmondanak, megmutatnak.

COMB

Ez nem egy testrész, hanem egy angol betűszó, a *Capability, Opportunity, Motivation, Behavior* szavakat rövidíti, amiket magyarra így fordítunk: képesség, szándék, környezet, viselkedés. A modern pszichológia szerint a viselkedést a testi-lelki képességek, a szándék és a társas-fizikai környezet együttesen határozza meg.[1,2] Tehát ahhoz, hogy a gyermekek viselkedése megváltozzon, életmódja egészségesebb legyen, a képesség, szándék, környezet területén kell változást elérni. Nem elég ugyanis az egészséggel kapcsolatos ismereteiket bővíteni, készségeiket fejleszteni, hanem motiválni is kell őket, hogy akarjanak is egészségesen élni. És ha már tudnának és akarnának is egészségesen élni, akkor arra még lehetőséget is kell kapniuk. Támogatást, bíztatást szüleiktől, barátaiktól, az őket tanító pedagógusoktól, és helyet, időt, lehetőséget egészségesen étkezni, sokat mozogni és szabadidejüket tartalmasan és egyúttal szórakoztatóan, közösségben eltölteni. A COMB elemei egymásra „oda-vissza” is hatnak: a gyermek egészségről szerzett ismeretei (képesség) miatt az egészség fontossá válik számára, ezért úgy dönt (szándék), arról újabb ismereteket fog szerezni, és olvasnivalót keres (viselkedés) például a testmozgás előtti helyes bemelegítésről.

MIRE JÓ A COMB AZ ISKOLÁNAK?

Képesség

Kezdjük az ismeretbővítéssel! Milyen ismeretekre van szüksége egy gyermeknek az egészséges életmódhoz? Először is azt kell megértenie, hogy egészség nélkül semmi nincs. Hogy például egy baleset meggátolhatja, hogy focizzon, vagy az elhízástól kialakuló cukorbetegség, hogy kedve szerint csokit, fagyit egyen. Tudnia kell továbbá, hogy az egészség több a fizikai jóllétnél, hogy azon túl szüksége van az önmegvalósítását támogató családra, barátokra, iskolai közösségre. Meg kell ismernie, mik veszélyeztetik egészségét, mik lehetnek például a dohányzás, az alkoholfogyasztás következményei. El kell érni, hogy tudja magáról, hogy korának megfelelően, gyakran a következmények mérlegelése nélkül dönt, kockáztat, veszélyezteti egészségét. Az ilyen ismeretek elsajátítását az átélt élmények segítik, ezért a következményekkel szembesítés, mint egy volt alkoholistával vagy drogossal való beszélgetés, vagy az iskolaudvaron elhelyezett, balesetre emlékeztető autóroncs igen hatásos lehet.

Természetesen a tudáson túl egy gyermeknek sokféle készségre is szüksége van a kockázatok elkerüléséhez, az egészséges élethez. Gyakorlatot kell szereznie például az alkohollal, droggal kínálás vagy az erőszakos közeledés elhárítására. Jó, ha elsajátíthat alapszinten szabadidős tevékenységeket, mint például sportot, ételkészítést, kipróbálhatja magát különféle művészeti ágakban, mint karéneklésben vagy videokészítésben. Nagyon fontos, hogy a közösségi életben való sikeres részvételhez szükséges készségekre szert tegyen, mint a kapcsolatok kiépítése, ápolása, a hatásos kommunikáció, vagy támogatás nyújtása, kérése és elfogadása.

Szándék

Következő terület a helyes egészségmagatartásra motiválás. Az egészség fejlesztésére irányuló cselekvés szándékát kiépíteni talán leghatékonyabban a mintaadással lehet. Az iskolai dolgozók egészségmagatartása döntő hatással lehet a tanulók egészséggel kapcsolatos viselkedésére. Ha a gyermekek azt látják, hogy az iskolában a felnőtteknek fontos az egészség, és azért sok mindent megtesznek (pl. nem dohányoznak, kerékpárral járnak iskolába, aktívan részt vesznek az iskolai sportrendezvényeken, egészségesen étkeznek), akkor az egészséges életmódot fogják természetesnek, követendő normának tartani.

Környezet

A képessé tett és motivált gyermekek számára az iskola egyedülálló, egészséges életmódot támogató környezetet nyújthat. Egyrészt olyan kultúrát, amelyben az egészség kiemelt értéket képvisel, és ennek megfelelően az iskolai életben kulcsfontosságú szempontként jelenik meg. A gyermekeknek fel kell ismerniük, hogy az egészség az iskolában döntő szempont a közösségi értékek, a hagyományok, az ünnepek kialakításában, a rendezvények szervezésében, a tanulók és az osztályok teljesítményének értékelésében. Tapasztalniuk kell, hogy az iskolai környezet kialakításakor a testi-lelki egészségnek kiemelkedő jelentőséget tulajdonítanak. Például az iskola vezetősége gondoskodik a tisztaságról, a mosdók személyi higiénének megfelelő felszereltségéről, az egészséges étkezésnek megfelelő helyről és elegendő időről, a közösségi aktivitásokhoz, mint a színjátszás vagy különféle szakkörökhöz, sportoláshoz nélkülözhetetlen terekről, eszközökről.

Hogy a tanulók ki is használják az iskola által nyújtott lehetőségeket, az iskolai közösségnek mozgósítania, ösztönöznie kell erre a tanulókat. A mozgósító, a már elért eredményre alapozva bíztató verbális és vizuális, az egyént célzó kommunikáció lehet a motiválás egyik eszköze. Gondolhatunk itt például a Netfit eredmények további erőfeszítésre ösztökélő visszacsatolására, vagy a sport vagy más iskolai rendezvényeket, vetélkedőket népszerűsítő plakátokra, de a személyes higiénét reklámozó feliratokra is a mosdókban és az étteremben. Másik kiváló motiváló eszköz olyan események, rendezvények szervezése, melyek a közösséghez való tartozást, a közösségéért cselekvést állítják fókuszukba. Ilyenek lehetnek a tanulócsoportok, az osztályok vagy az iskolák egymás közti versengése, akár testmozgást igénylő helytörténeti vetélkedők vagy akár sportversenyek keretében. A közösségért küzdés az egészséges életmódhoz nemcsak motiváló erőt jelent, és követendő normát közvetít egy-egy gyermek számára, hanem egyúttal a mentális egészséghez nélkülözhetetlen társas támogatás kifejeződését is.

HOGYAN TOVÁBB?

Egyrészt a pedagógusok és az iskola nagyobb elismertségére, és erre építve az iskola jelentősebb szerepvállalására a helyi társadalom életében. Másrészt a helyi társadalom jelentősebb felelősségvállalására az iskolások egészségének támogatásában.

A helyi táradalom előnyére válik, ha a magasan képzett és tapasztalt pedagógusok jobban bekapcsolódnak a közösség életébe, és korunkban ismét véleményformálókká, hangadókká válnak. A tanítók, a tanárok társadalmi státuszának emelkedése elengedhetetlen kommunikációjuk hitelességének növekedéséhez. Ha egy diák felnéz tanárára, követendő példának látja, akkor a pedagógus eredményesebben bővítheti a tanulók egészséggel kapcsolatos tudását, motiválhatja őket egészségesebb életmódra.

A pedagógusoknak, a helyi közösségben való komolyabb elismertsége ahhoz is szükséges, hogy az iskola erősebben befolyásolhassa a szülőket és a helyi társadalom egyéb szereplőit a gyermekek egészségének védelme, fejlesztése érdekében. Elérheti például, hogy az önkormányzat fejlessze a kerékpárral iskolába járás lehetőségét, biztonságát, hogy az iskola környékén korlátozzák a gyorsételek és a cukros üdítők árusítását. Megnövekedett befolyása révén az iskola a tanulói számára lehetőséget kaphat sportlétesítmények kedvezményes használatára vagy anyagi támogatást egészségesebb iskolai környezet kialakítására, közösségi aktivitást szolgáló eszközök, felszerelés vásárlására.

A felnőttek világa, az otthoni és iskolai körülmények alapvetően meghatározzák a gyerekek egészségét. Könnyen belátható, ahhoz hogy a gyermekeink egészségesebben éljenek, a pedagógusoknak nem elég a COMB-ot figyelembe venniük, az iskolának ki kell terjesztenie tevékenységét, befolyását a falain kívülre.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A közlemény létrejöttét a *21 Nő az Egészségügyért Alapítvány* támogatta.

HIVATKOZÁSOK

[1] Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Science 2011, 6:42.
[2] Vitrai J, Kimmel Zs. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész. Egészségtudomány, 2015.3:57-70.

Úton az egészségorientált sportklubmodell bevezetéséhez Magyarországon

On the way towards health-oriented sport clubs in Hungary

Szerzők: Köteles Gábor[a] ✉, Veress Réka[b]
a: Nemzeti Diák-Hallgatói és Szabadidősport Szövetség, b: Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2019. 01. 22.
doi: 10.24365/ef.v60i2.405

Összefoglaló: „Több, mint egy klub” néven az egészségközpontú sportegyesületek modelljén nyugvó, társadalmi innovációs, kísérleti projektet indított a Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség (NDHSZ) és a Debreceni Egyetemi Atlétikai Club (DEAC). A 'Több, mint egy klub' projekt célja az egészségfejlesztő testmozgás szemléletére épülő, innovatív modell kidolgozása és terjesztése. A nyitottságra építő modellt alkalmazó sportegyesületek szervezett keretek között zajló, egészségtudatos testedzési lehetőséget kínálnak a helyi lakosság széles rétegeinek, miközben lehetőségük nyílik a szervezeti megújulásra is. A projekt szemlélete az ún. Sports Clubs for Health (SCforH), az egészségorientált sportklubok modelljén alapszik, amelynek megvalósítását az Európai Unió 2013-ban ajánlásként fogalmazta meg a tagállamok számára. A cikkben a projektet megalapozó SCforH szemléletet mutatjuk be.
Kulcsszavak: sportklub; egészség; sportegyesület; mozgás; innováció

Summary: The National School, University and Leisure Sport Federation in cooperation with the University of Debrecen’s Athletic Club launched a social innovation project based on the Sports Clubs for Health (SCforH) approach. The title of the pilot project is „More than a club”. In the framework of the project, the partners aim to widen and develop the sport services of the clubs, highlighting the health-benefits of the sports; using their local and regional capacities, so that wider groups of the population will have access and benefit from the health-enhancing physical activities (HEPA). This will result regular HEPA opportunities provided by the club with the supervision of professional sport staff. The Sport Clubs for Health approach has been endorsed by the European Union and recommended to be implemented by the Member States in 2013. In this article the SCforH approach is presented.
Keywords: sports club; health; sport association; physical activit; innovation

ÁLTALÁNOS BEVEZETŐ

A Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség (NDHSZ) és konzorciumi partnere, a Debreceni Egyetemi Atlétikai Club (DEAC) vissza nem térítendő támogatás nyert az egészségorientált sportklubmodell magyarországi fejlesztésére és tesztelésére.

A „Több, mint egy klub” EFOP - 5.2.1-17-2017-00007 kódszámú projekt keretében zajló fejlesztés annak a hiányosságnak a megoldására törekszik, hogy a hazai sportegyesületek portfóliójában az utánpótlás- és versenysport- megközelítés mellett az egészségvédő testmozgás (HEPA – health-enhancing physical activity) szélesebb tömegeket elérő koncepciója is szervezetten és tudatosan jelenjen meg.

A „Sportegyesületek az egészségért" - megközelítésre épülő társadalmi innovációs kísérleti projekt keretében olyan komplex szolgáltatásfejlesztés megvalósítása a cél, amely a helyi, térségi sportegyesületek kapacitásaira épül. A sportegyesületek szolgáltatási csomagjaik átalakításával - akár azok bővítésével - és az egészségmegőrző szemlélet alkalmazásával a lakosság szélesebb rétegének biztosítsanak képzett, szakemberek által felügyelt rendszeres testmozgási, sportolási lehetőséget. A modell célja, hogy a sportegyesületeket és országos sportszervezeteket arra ösztönözze, hogy minél több figyelmet fordítsanak az általuk kínált mozgásformák, sportágak egészségvédő potenciáljának kihasználására. A konzorciumban benyújtott pályázat feladata az, hogy próbálja ki és készítse elő az egészségorientált sportklubmodell magyarországi adaptációját, ezáltal járuljon hozzá a lakosság egészségfejlesztéséhez.

A PILOT PROJEKT BEMUTATÁSA, AZ INNOVATÍV SZOLGÁLTATÁS (ÚJ MÓDSZER, ELJÁRÁS) ÉS ÚJÍTÓ MÓDSZEREK ISMERTETÉSE

A sportegyesületek alapfeladata a sporttevékenységek szervezése egy vagy több meghatározott sportágban. Ezekben az egyesületi tevékenységekben általában nagy hangsúlyt kapnak a versenysportok, a sportolói fejlődés és a sportteljesítmény, kisebb figyelem jut viszont a szabadidősportra és a fizikai aktivitás sport révén való növelésére. A fizikai aktivitás és a sportokban részvétel egészségre gyakorolt sokoldalú előnyeit bizonyítékok széles köre támasztja alá.

Az egészségvédelem általában nem szerepel a sportegyesületi szinten zajló fő tevékenységek között. A jó egészségi állapot azonban vitathatatlanul hasznos minden sportegyesületi tag számára, akik között tudásszint alapján amatőrök és élsportolók, életkor szerint pedig gyermekek és idősek is lehetnek. Milliós tagságuknak köszönhetően a sportegyesületek jelentik azt a legfontosabb helyszínt, ahol lehetőség nyílik az egészségjavító fizikai aktivitás és általában véve a sportolással elért egészség népszerűsítésére. Ezért született meg a „Sportegyesületek az egészségért" (a továbbiakban: SCforH) szemlélet, hogy segítse a sportegyesületekben rejlő hatalmas népegészségügyi potenciál kiaknázását.

Az SCforH-megközelítés gondolata 2007-ben Finnországban fogalmazódott meg, magát az SCforH-szemléletet hivatalosan 2009-ben[i] indították el, ekkor jelentek meg az első vonatkozó iránymutatások is, amelyeket azután 2011-ben[i] aktualizáltak. Az SCforH- projekt szellemiségét az Európai Bizottság olyannyira elismerte, hogy 2013-ban az EU tagállamainak ajánlásként fogalmazta meg az SCforH elveinek követését. Azóta az európai kutatói, szakpolitikai és sportközösségek tagjai határozottan érdeklődtek a „Sportegyesületek az egészségért"- koncepció iránt.

Az SCforH-szemlélet széles körű átvétele növelheti a sportokban való részvételt, egyúttal segítheti a sportegyesületi tagok egészségi állapotának javítását. Ez várhatóan a sportok jelentőségének nagyobb mértékű elismertségét és a sport társadalmi és közegészségügyi hatásainak fokozódását eredményezi majd. A nyíltan SCforH megközelítésben működő sportegyesületek szervezeti keretként képesek hozzájárulni ahhoz, hogy a környezetre gyakorolt egészségfejlesztő hatás által szociokulturális háttérre tekintet nélkül egyenlő esélyeket biztosítsanak minden, a rekreációban és sportban részt venni kívánó személynek. Ezáltal biztosítható, hogy a hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetű személyek (felnőttek, gyermekek és családok) is új típusú szocializációs közegben, formális és nem formális tanulási környezetben vegyenek részt olyan tevékenységekben, ahol nem feltétlenül a teljesítmény, hanem az élményközpontúság, a személyiség- és készségfejlesztés a rendező elv (grassroots sport szellemiség), és amelyek gyermekek esetében a koncentrációs és szocializációs készségek fejlesztésével kihathatnak a korai iskolaelhagyási mutatók javulására is.

[i] Kokko, S. 2010. Health Promoting Sports Club – Youth sports clubs' health promotion profiles, guidance, and associated coaching practice, in Finland. Studies in Sport, Physical Education and Health 144. Doctoral thesis. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

MI A SCforH MEGKÖZELÍTÉS?

A „Sportegyesületek az egészségért” olyan szakértői szemléletmód, amely támogatja a sportegyesületeket, valamint az országos és regionális sportszervezeteket a sportágaikban rejlő egészségvédő potenciál felismerésében és a sportegyesületi körülmények közötti egészségjavító sporttevékenységek szervezésében.

Az SCforH-megközelítés célja, hogy a sportegyesületeket és országos sportszervezeteket arra ösztönözze, hogy több ráfordítással segítsék elő a saját sporttevékenységeik, mozgásformáik egészségvédő potenciáljának kihasználását. Ez a gyakorlatban mindenekelőtt az egyesületen belüli egészségjavító sporttevékenységek népszerűsítését jelenti. További egészségügyi előnyöket lehet elérni az egészségre nevelés biztosításával és az egészség sportegyesületen belüli népszerűsítésével, ami az egészségtámogató sportegyesületi (Health Promoting Sports Club - HPSC) kezdeményezés[i] központi célja. A sportegyesületek ugyanis kétféleképpen juthatnak előnyhöz: egyrészt azzal, hogy támogatják és növelik a sporton keresztüli egészségvédő testmozgást (SCforH-szemlélet), másrészt azzal, hogy a sportegyesületek helyszínt biztosítanak az általánosabb egészségmegőrzéshez („egészségtámogató sportegyesületek” [HPSC] szemlélet).

A jó egészségi állapot a sportegyesületi tagok és a társadalom egésze számára kívánatos cél, függetlenül attól, hogy a személy milyen okból sportol. Az SCforH-modell szorgalmazza, hogy a sportegyesületek vizsgálják felül saját tevékenységeiket és sportágaikat azok egészségügyi potenciáljának fényében, és ösztönözzék a nagyobb arányú részvételt az egészségjavító sporttevékenységekben.

1. ábra: A SCforH-szemlélet 7 vezérelv mentén javasolja az egészségorientált sportegyesület működését. Az elvek alapján egy egészségorientált sportklub:

Forrás: https://www.scforh.info/content/uploads/2017/03/scfh2017_verkko.pdf

A nemzetközileg kidolgozott modell és annak vezérelvei erős iránymutatásként szolgálnak a „Több, mint egy klub” projekt hazai megvalósítása során.

AZ SCforH-SZEMLÉLET AZ ALÁBBI ELGONDOLÁSOKON ALAPUL:

- Az SCforH-szemlélet arra szolgál, hogy minden sportegyesületben használják. Bármilyen típusú sportegyesületben be lehet vezetni, a kis, tisztán önkéntes jellegű egyesületektől egészen a fizetett szakemberekkel dolgozó, nagy egyesületekig.
- Az egyesületek között a sportcéljaik és -programjaik terén is vannak különbségek. Az SCforH-szemlélet bármilyen sportegyesületben alkalmazható, az egyesület céljaitól és a kínálatában szereplő sportágaktól függetlenül.
- Az Egészségügyi Világszervezettel összhangban, az SCforH-megközelítés alapján az egészségnek definíció szerint három fő dimenziója van: testi, mentális és szociális. A sportegyesületekben indított SCforH-kezdeményezéseket lehet úgy módosítani, hogy a hangsúlyt az egészség fenti dimenziója közül valamelyikre vagy mindháromra helyezzék.
- Az SCforH-szemlélet a gyakorlatban egyfajta szemléletmódként alkalmazható, amely irányt mutat a sportegyesület és/vagy a tevékenységeinek működtetéséhez vagy egy tervezett projekt vagy program lebonyolításához.
- Az SCforH-modellben arra kell törekedni, hogy az SCforH-szemlélet ne kívülálló kezdeményezés legyen, hanem végső soron beépüljön az egyesület napi szintű tevékenységeibe, például az edzésbe.
- Az SCforH-szemléletet úgy alakították ki, hogy a sportegyesületek tagjait és résztvevőit egyszerre szolgálja minden korcsoportban: gyermekeket, serdülőket, felnőtteket és időseket egyaránt.

Az SCforH nagyszabású nemzetközi kezdeményezés olyan támogatókkal, mint az Európai Bizottság, az Európai Hálózat az Egészségjavító Testmozgás Népszerűsítéséért - HEPA Europe, az Európai Nem Kormányzati Sportszervezet (ENGSO), az Európai Vállalati Sportszövetség (EFCS), a Nemzetközi Sport- és Kulturális Szövetség (ISCA) és a Nemzetközi Szabadidősport Szövetség (TAFISA). Az eddig támogatásban részesülő két SCforH-projektben 12 európai országból több mint 30 partner-, társult és támogató intézmény vett részt, köztük azonban nem volt magyar. Az SCforH-koncepcióra több mint 30 alkalommal hivatkoztak tudományos publikációkban és 140 alkalommal más típusú kiadványokban.

MIÉRT ÉRDEMES BEVEZETNI AZ SCforH-SZEMLÉLETET?

Európában közel egymillió sportegyesület és több mint 60 millió sportegyesületi tag van. A legújabb eredmények azt jelzik, hogy a sportegyesületek 37%-a kínál egészségjavító fizikai aktivitási programokat, ugyanakkor 75%-uk úgy érzi, hogy a sportágai alkalmasak az egészségjavító testmozgásra. Ez összességében azt mutatja, hogy az SCforH-szemlélet európai sportegyesületekben való jövőbeni bevezetése nagyon komoly lehetőségeket rejt magában.

A sportegyesületek számára várhatóan számos előnnyel jár az SCforH-megközelítés alkalmazása. Először is, az SCforH-szemlélet utat mutat az egyesület fejlesztéséhez a tagok egészségének támogatásából származó előnyök kiaknázása révén. A tagok jobb egészségi állapota valószínűleg javítja a teljesítményüket és az elégedettségüket, emellett nagyobb részvételi arányhoz is vezet. Ez közvetlen javulást eredményez a sportegyesület alaptevékenységének sikerességében. Másodszor, a megvalósított SCforH-kezdeményezések új potenciális tagok érdeklődését is felkelthetik, és segíthetik a toborzást. Harmadszor, az SCforH-szemlélet átvételével az egyesületek megkülönböztethetik magukat más sport- és fitneszszolgáltatóktól, és marketingelőnyökre tehetnek szert a versengő piacon. Negyedszer, az SCforH-szemlélet lehetőséget teremt a sport- és egészségügyi ágazatokban érintett gyakorló szakemberek, kutatók és politikai döntéshozók közötti partnerségek kialakítására. Ez viszont segítheti a sportegyesületek és országos

szervezetek érdemi, fontos érdekeltként való térnyerését a népegészségügy területén.
Amellett, hogy a sportegyesületek és résztvevőik szempontjából pozitív következményekkel jár, az SCforH-szemléletből a helyi, regionális és országos sportszervezetek közvetlen előnyt is kovácsolhatnak. Az SCforH-szemlélet átvétele révén e szervezeteknek több lehetősége lesz arra, hogy finanszírozáshoz jussanak a sport- és közegészségügyi ágazatban, növeljék a közösségben betöltött szerepüket, és szélesebb közönséget érjenek el azáltal, hogy minden korcsoportban népszerűsítik a sportágaikat, mozgásformáikat.

SCforH-SZEMLÉLET HAZAI ADAPTÁCIÓJÁNAK ÉS TOVÁBBFEJLESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

A Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség (NDHSZ) és konzorciumi partnere, a Debreceni Egyetemi Atlétikai Club (DEAC) közös projektjében az SCforH-szemlélet jelenti a kiindulási alapot. A projekt megvalósítási folyamatát ugyanakkor a hazai és kifejezetten a helyi viszonyokhoz szükséges alakítani, ezért az eredeti SCforH-szemlélet és további nemzetközi példák megismerése mellett egyéni, innovatív megoldás kidolgozása szükséges.

Cikkismertetés: Az egészséget meghatározó strukturális tényezők integrálása az egészségfejlesztési szakemberek népegészségügyi mesterképzésébe

Article review: Integrating structural health determinants into Master of Public Health training of health promotion professionals

Ismertető: Bíró Éva ✉
Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék, Debrecen

Ismertetett cikk: Komro KA, Lang DL, Walker ER, Harper PD. Integrating structural determinants into MPH training of health promotion professionals. Am J Public Health. 2018 Apr;108(4):477-479. doi: 10.2105/AJPH.2018.304309

Beküldve: 2019. 04. 07.
doi: 10.24365/ef.v60i2.452

Kulcsszavak: strukturális egészségdeterminánsok; népegészségügyi mesterképzés; egészségfejlesztési szakemberek

Keywords: structural health determinants; Master of Public Health training; health promotion professionals

Annak ellenére, hogy az Egészségügyi Világszervezet Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága (World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health) közel egy évtizede már felhívta a figyelmet a strukturális egészségdeterminánsokat célzó beavatkozások fontosságára, az ezt a feladatot ellátni képes szakemberek képzése nem kapott kellő hangsúlyt az elmúlt időszakban. Pedig fontos lenne, hogy az egészségfejlesztési szakemberek következő generációját felkészítsék arra, hogy képesek legyenek az egészség kontextuális és társadalmi-gazdasági (továbbiakban strukturális) determinánsait kezelni a népegészségügyi kutatások és gyakorlat által.

Áttekintve például az elmúlt 20 évben publikált közleményeket és a 20 legjobb amerikai népegészségügyi képzést folytató intézmény képzési programját megállapítható, hogy habár a strukturális determinánsok megváltoztatásához intézményi, közösségi és politikai szintű beavatkozások szükségesek, ezek kevésbé szerepelnek a fókuszban. A Health Education & Behavior újságban megjelent intervenciós vizsgálatok többsége egyéni szintű beavatkozásokra alapult, kb. egyharmad volt azoknak az aránya, amely intézményi szintű és nagyon kevés, amely közösségi vagy politikai szintű cselekvéseket mutatott be. A helyzet nem kedvezőbb az egyetemek által kínált kurzusok esetében sem, itt a 20 képzőhely által tartott 275 kurzus anyagát áttekintve azt találták, hogy a kurzusok kevesebb mint egyötöde foglalkozott a strukturális egészségdeterminánsokkal, illetve az azokra irányuló beavatkozásokkal és volt néhány olyan kurzus is, amely csak az egyik témát vagy egyiket sem tárgyalta.

Ugyanakkor reményre ad okot, hogy egy 2016-ban megjelent, a népegészségügyi képzés során elsajátítandó szakmai kompetenciákra vonatkozó ajánlás alapján elkezdődött a tantervek összehangolása az amerikai képzőhelyeken. Ezen ajánlás értelmében

a képzés során ki kell térni arra, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek és a rasszizmus miként ássák alá az egészséget és jelentenek kihívást az egészségegyenlőség elérésére vonatkozóan szervezeti, közösségi és társadalmi szinten; hogyan alkalmazható a rendszerszemlélet a népegészségügyi problémákra; és hogyan tudnak hatékonyan együttműködni szakmaközi csapatokban. Továbbá minden népegészségügyi mesterszakos hallgatónak – azon túl, hogy tisztában van a strukturális determinánsok egészségre gyakorolt hatásával – képesnek kellene lennie arra, hogy e hatások vizsgálatához kiválassza a megfelelő módszert és olyan beavatkozásokat tervezzen, amellyel e determinánsok fenntartható változása érhető el. Ennek fontos eleme a rendszerszemlélet megértése és alkalmazása, ugyanis az egészség strukturális determinánsainak megváltoztatásához számos ágazattal – köztük a közösségfejlesztéssel, rendészettel, lakás- és magánszektorral, valamint a politikai döntéshozókkal és a politikai végrehajtókkal – kell partnerséget kialakítani helyi, regionális és országos szinten.

Mindezeken a területeken a társadalom- és magatartástudományi intézetek vezető szerepet kaphatnak a képzésben az elméletileg megalapozott beavatkozások fejlesztése, kvalitatív és kvantitatív módszerek, programtervezés és értékelés témakörökben, amelyek megkönnyíthetik a rendszerekben rejlő, a rossz egészségi állapotot és egészségegyenlőtlenséget fenntartó tényezők azonosítását és kezelését. A rendszerszemlélet és az interprofesszionális gyakorlat integrálása hatékony eszköz lehet abban, hogy az egészségfejlesztő szakemberek felkészüljenek az innovatív elméletek, módszerek és eszközök különböző tudományágakból történő adoptálására a strukturális változások megkönnyítése érdekében. Ezek a készségek segítenek az alábbi kompetenciák fejlesztésében is: populációalapú politika, program, projekt vagy beavatkozás kialakítására való képesség, valamint olyan politikai, társadalmi vagy gazdasági politikák és programok támogatása, amelyek javítják az egészséget a különböző populációkban.

Továbbá érdemes lenne az innovatív pedagógiai módszereket, mint például a csapat-, eset- és probléma-alapú tanulást beépíteni a tantervbe, mert ezek segítenek a tanulók tudásának és készségeinek szélesítésében a valós élet népegészségügyi problémáinak az interprofesszionális filozófiák, módszerek és eszközök segítségével történő megközelítésével.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Hazánkban a közelmúltban módosultak a népegészségügyi mesterképzésre vonatkozó képzési és kimeneti követelmények, amelyek tartalmazzák, hogy a népegészségügyi szakembereknek ismerniük kell az egészségi állapotot meghatározó tényezőket, a népegészségügyi projektek és az egészségpolitika elméleti hátterét és gyakorlatát, továbbá képesnek kell lenniük a szakmai problémák holisztikus, interdiszciplináris megközelítésére, a népegészségügyi kutatások fejlesztésére, helyi és országos hatáskörű kutatások tervezésére és kivitelezésére. Az egészségfejlesztés specializációt választó szakembereknek pedig mindezeken túl ismerniük kell az egészségfejlesztési módszerek alkalmazásának lehetőségeit egyéni és közösségi szinten, valamint képesnek kell lenniük a népegészségügyi szükségletek kielégítését célzó egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programok tervezésére, szervezésére, lebonyolítására és értékelésére.

Cikkismertetés: Svédország stratégiája az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelemben (Egészségügyi és Szociális Minisztérium, Svédország Kormánya)

Article review: Swedish strategy to combat antibiotic resistance (Ministry of Health and Social Affairs, Government of Sweden)

Ismertető: Gajdács Márió ✉
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet

Ismertetett cikk: Swedish strategy to combat antibiotic resistance (Ministry of Health and Social Affairs, Government of Sweden) pp. 1-24.

Beküldve: 2019. 01. 08.
doi: 10.24365/ef.v60i2.398

Kulcsszavak: Svédország; stratégia; antibiotikum-rezisztencia; egészségügy; célok

Keywords: Sweden; strategy; antibiotic resistance; healthcare; goals

Az antibiotikumok használata kapcsolatba hozható mind a bakteriális rezisztencia kialakulásával, mind annak terjedésével. Valódi elkötelezettség és szigorú intézkedések szükségesek az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelemben, ha biztosítani szeretnénk, hogy a jövő nemzedékei számára is elérhetőek legyenek a fertőző betegségek kezelésére szolgáló gyógyszerek. A nemzetközi szintű munka és együttműködés létfontosságú az emberi és állati fertőzések kezelési lehetőségének megőrzését célzó, nemzeti szintű törekvések eléréséhez. A Világgazdasági Fórum (WEF) nyilatkozatában is szerepel, hogy az antibiotikum-rezisztencia olyan globális probléma, ami szociális helyzettől függetlenül mindenkit érint, és amelynek megoldását egyik nemzet vagy szervezet sem képes önállóan kezelni. A különböző országok kormányainak felelősségét az antibiotikum-rezisztencia elleni harcban megerősítette az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által 2015 májusában megfogalmazott Globális cselekvési terv (*Global action plan on antimicrobial resistance*). Egyre többen vélik úgy, hogy az antibiotikumokra is úgy kellene tekintenünk, mint más, élethez nélkülözhetetlen alapjogra (pl. élelem, ivóvíz), melyeknek hiányát komolyan kell venni, és amelyhez mindenki számára biztosítani kell a hozzáférést. Ezt az egészségügyi megközelítést nevezik *One Health* szemléletnek. Fontos, hogy ezt a kifejezést úgy értelmezzük, hogy érintsünk minden jelentős tényezőt a gazdasági oldaltól az oktatáson és kutatáson át a humanitárius tevékenységekig, annak érdekében, hogy rendszerezve és globálisan kezeljük a rezisztencia problémáját.

Svédországban széles körű az egyetértés a politikai szférában az antibiotikum-rezisztencia elleni harc fontosságáról. Felismerték, hogy a nozokomiális fertőzések megelőzésének előfeltétele az antibiotikumok felelős használata, a fertőzések megelőzése és az egészségügyi szakemberek magas tudásszintjének fenntartása. A svéd állami berendezkedésben az egészségügyi ellátás biztosítása és finanszírozása

decentralizált, és a 21 megyei önkormányzat felelősségét képezi. Régi időkre visszanyúló hagyományokkal rendelkeznek a számos területre kiterjedő prevenciós stratégiáikat illetően, ennek következtében a rezisztenciaviszonyokat tekintve az egyik legkedvezőbb helyzetben vannak a kontinens országai között. Az antibiotikum-rezisztenciával szembeni hatékony munka sikeréhez nagyban hozzájárult az egészségügyi szektor szoros együttműködése helyi és országos szinten, illetve az államigazgatás és az állattenyésztési ágazat között. Ennek tudható be, hogy Svédországban a legalacsonyabb a haszonállatokhoz kapcsolódó antibiotikum-felhasználás, és már 1986-ban betiltották az antibiotikumok hozamfokozó szerként alkalmazását (az EU-ban ez 2006-ban történt meg). Svédországban az első, antibiotikum-rezisztenciát közvetlenül megcélzó népegészségügyi programot 2000-ben tervezték és indították el, amely az országban már egy ideje működő *Strama* nevű hálózaton alapult. Ez a szervezet 1995 óta országos szinten folytatott különböző tevékenységeket az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelemben. Az eredeti program kialakításának oka a 1990-es évek elején a penicillin-rezisztens *Streptococcus pneumoniae* izolátumok számának hirtelen emelkedése volt, amelyet Svédország déli részének gyermekpopulációjában figyeltek meg. A program kezdetben önkéntes alapon működött, majd idővel a közigazgatási régiókban egyenként kialakult multidiszciplináris szakmai csoportok országos szinten kezdtek el dolgozni. A stratégiai program finanszírozása lépcsőzetes folyamat volt, a programban elért kezdeti sikereket és fejlesztéseket önkéntes munkával sikerült megvalósítani. A finanszírozás mértéke fokozatosan nőtt, majd állandóvá vált, jelenleg országos szinten kb. 2 millió euró, a helyi csoportok munkájára ezen felül további 3-5 millió euró áll rendelkezésre. Az évek során olyan magas színvonalon működő szakmai közösséget hoztak létre, amelyet nemzetközileg is elismernek, mind a törvényhozás, mind a kutatás területén (ahol Svédország következetesen kiváló eredményeket ér el). Ez a stratégiai program egy átfogó célt és hét stratégiai célt definiál, amelyekben a svéd kormány meghatározta a célok eléréséhez szükséges létfontosságú tényezőket [1. táblázat]. Ez a stratégia kiegészíthető további (lokális) kezdeményezésekkel a különböző területekre és ágazatokra vonatkozóan.

A helyi multidiszciplináris csoportokkal való munka során a program keretein belül számos tanulságot szűrtek le: a nemzeti terápiás irányelveknek tartalmaznia kell minden, egészségi állapotra vonatkozó diagnosztikus kritériumot, az antibiotikum-használattal kapcsolatos kockázat-haszon analízist, mind a beteg, mind a társadalom szempontjából, valamint a beteg állapotára és a kezelés újraértékelésére vonatkozó ajánlásokat. Ezen kívül meg kell könnyíteni az alapellátásra vonatkozó nemzeti irányelvek végrehajtását, és azokat minél egyszerűbb terápiás algoritmusokká kell alakítani (pl. egyértelmű tanácsadás az egészségügyi szakembernek, hogy mikor írjon fel antibiotikumot, és mikor ne). Végezetül, fontos figyelemmel kísérni az kezelőorvosok antibiotikum-felírási szokásait mind az alapellátásban, mind a kórházakban: ezzel elősegíthetjük az értékelést és a felírási szokások fejlesztését. Az antibiotikum-felhasználás és a rezisztencia szintje Svédországban a legalacsonyabb (az EU vonatkozásában), úgy a humán, mint az állatgyógyászati felhasználás tekintetében. 1992 és 2016 között az alapellátásban és a járóbeteg-szakellátásban a felnőtt populáció számára felírt receptek 1000 főre jutó száma 43%-kal csökkent, míg 73%-kal a 0-4 év közötti populációban. Ezzel együtt a terápiás ajánlásokhoz való adherencia is lassan növekedni kezdett, így a légúti infekciók kezelésére szánt antibiotikumok mennyisége is csökkent. Ezen kívül több indikációban volt eltolódás a széles spektrumú szerek irányából a célzott terápia felé az alapellátásban és a hospitalizált betegek esetén egyaránt, összhangban a nemzetközi ajánlásokkal. Az eredményes változások fontos tényezői: a járóbeteg-ellátásban felírandó receptszám célértékének meghatározása, a terápiás ajánlásokon alapuló minőségi indikátorok meghatározása és figyelembevétele, valamint a receptet felírók számára a lokális szintű visszajelzés biztosítása.

Az antibiotikum-rezisztencia már sok éve kiemelt fontosságú kutatási téma Svédországban. A legújabb kutatási és innovációs törvényjavaslat külön kitért az antibiotikumok és fertőző betegségek fontosságára, melynek eredményeképpen számos új kutatóintézet, doktori iskola alakult, és több kutatási pályázatot hirdettek meg a témában. Svédország – Olaszországgal együtt – 2010-ben további nemzetközi kutatási együttműködés kezdeményezője volt az antibiotikum-rezisztencia területén: a

Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance (JPIAMR; melynek elnökségi funkcióját Svédország töltötte be 6 évig), amely számos ország antibiotikumokkal kapcsolatos politikáját határozta meg. A svéd állam és szakembereinek szerepvállalása a JPIAMR programban a jó példa terjesztésének fontosságáról tesz tanúbizonyságot. A svéd program nemzetközi folytatását az Egyesült Nemzetek Szövetsége (UN) által kiadott 2030-as *Fenntartható fejlődés* tervezete és a svéd kormány által kiadott *Policy for Global Development*-en belüli állásfoglalása teszi lehetővé.

Átfogó cél: A bakteriális fertőzések hatékony kezelésének biztosítása emberekben és állatokban egyaránt.		
	Stratégiai célok	*Stratégiai célok részletezve*
1	Fokozott tudás fokozott felügyelet révén	• Az antibiotikum-rezisztenciára, az antibiotikum- és egyéb antibakteriális szer fogyasztására vonatkozó adatokhoz való hozzáférés biztosítása • A környezeti antibiotikum-expozícióra vonatkozó adatokhoz való hozzáférés biztosítása • A különböző intézkedések eredményességének és költséghatékonyságának felmérése folyamatos adatgyűjtés segítségével
2	Folyamatos és szigorú prevenciós tevékenységek	• Megelőző intézkedések meghatározása és végrehajtása a megfelelő ágazatokban, hogy a rezisztens kórokozók terjedését leghamarabb észlelni tudják, elkerüljék vagy megakadályozzák • A multirezisztens baktériumok terjedésének minimalizálása
3	Antibiotikumok felelős használata	• Az antibiotikumok és egyéb antibakteriális szerek (pl. fertőtlenítőszerek) használata és kezelése a legracionálisabb módon
4	Új módszerek megismerése és felhasználása a fertőző betegségek kezelésére és antibiotikum-rezisztencia megelőzésére	• A bakteriális fertőzések mechanizmusával kapcsolatos alapvető ismeretek fejlesztése, új diagnosztikai módszerek bevezetése, védőoltások és új kezelési stratégiák fejlesztésének támogatása • A bakteriális rezisztencia kialakulásával és terjedésével kapcsolatos alapvető ismeretek fejlesztése, az új és meglévő antibiotikumok alkalmazásának optimalizálása céljából
5	Az antibiotikumrezisztencia-probléma megértésének elősegítése és javítása a társadalomban	• A helytelen antibiotikum-felhasználásból adódó veszélyekkel kapcsolatos vélekedés és kompetencia fejlesztése valamennyi érintett fél (és a lakosság) körében, beleértve a fertőzések megelőzésével kapcsolatos intézkedéseket
6	Infrastruktúra- és rendszerfejlesztés	• Az antibiotikum-rezisztenciával kapcsolatos munkavégzés megfelelő stratégia alapján, hatékony és koherens módon, a különböző érdekelt felek szerepkörének meghatározásával • A tevékenységek nyomon követése, és stratégiamódosítás a kapott eredmények alapján
7	Vezetői pozíció betöltése az Európai Unión belül és más nemzetközi együttműködésekben	• Svédország vezető szerepe az antibiotikumrezisztencia-ellenes küzdelemben és a megfelelő antibiotikum-felhasználás elősegítésében, mind országon belül, mind az EU szintjén és globális kooperációban egyaránt • Kulcsfontosságú munka az Egyesült Nemzetek Szövetsége (UN) 2030-as *Fenntartható fejlődés* tervezetén és a svéd kormány által kiadott *Policy for Global Development* tervezetén belül

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az antibiotikum-rezisztencia problémája minden nemzetet érintő, globális probléma. A Svédországban működő rendszer remek példája annak, mikor a szakemberek országos szinten fontos probléma megoldásán kezdenek önerőből dolgozni, majd a programot nemzetközi sikerűvé emeli az állam közreműködése és támogatása. A Magyarországon kialakult rezisztenciaviszonyok közel sem olyan előnyösek, mint az északi országokban levők. A széles spektrumú szerek alkalmazása rendkívül magas arányú az alapellátásban csakúgy, mint a fekvőbetegek esetén, emellett az állatgyógyászatban/haszonállatok vonatkozásában használt antibiotikumok mennyisége 5-10-szerese az svéd átlagnak. Számos terület (infrastruktúrafejlesztés, infekciókontoll-intézkedések, lakossági ismeretek fejlesztése, kutatás) áll rendelkezésre, ahol a hazai egészségügyi szféra a lokális igényeknek és szükségleteknek megfelelően a svéd stratégiából integrálhatna elemeket. Kezdetnek mindenképp szükség lenne magyarországi felmérésre, hogy pontosan azonosítani tudjuk a nem megfelelő antibiotikum-felhasználás mozgatórugóit és a lehetséges beavatkozási pontokat.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A közlemény létrejöttét az ESCMID Mentorprogram és az NTP-NFTÖ-18-C-0225 „Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj” támogatta.

Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés

Article review: Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review

Ismertető: Varga Szabolcs ✉
Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet

Ismertetett cikk: Hongyan L, Huan Z, Yang S, et al. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2018;15:1711. doi: 10.3390/ijerph15081711

Beküldve: 2019. 02. 22.
doi: 10.24365/ef.v60i2.427

Kulcsszavak: egészségműveltség; általános populáció; mérőeszköz

Keywords: health literacy; general population; assessment tool

Az ismertetett review cikk az általános populációban egészségműveltség mérésére alkalmazott eszközöket mutatja be. A szerzők kifejtik, hogy az egészségműveltség „az emberek kognitív és szociális készsége, amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét, amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket". Az egészségi állapot egyik fontos determinánsa, ezért fejlesztése az egyik legalapvetőbb, leggazdaságosabb és leghatékonyabb módja az egészségfejlesztésnek, így mérőeszközeinek módosítása is nélkülözhetetlen. A 2003-as „National Assessment of Adult Literacy" felmérés kimutatta, hogy az USA-ban a felnőtt lakosság 14%-ának alacsony az egészségműveltségi szintje. 2006-ban az Ausztrál Statisztikai Hivatal kutatása szerint az ausztrál felnőtt lakosság 60%-ának, az első európai egészségműveltség felmérés eredményei alapján pedig az európai lakosság 47%-ának alacsony az egészségműveltsége. Kínában ugyanez az arány 91,2%. Az alacsony szintű vagy nem megfelelő egészségműveltség mára világméretű közegészségügyi problémává vált.

A rendszerezett szakirodalmi áttekintés során a PRISMA protokollt alkalmazták a szerzők. A folyóiratcikkek eléréséhez a Pubmed, Embase és a Web of Science adatbázisokat használták, hogy a 2010. január 10-ig publikált, az egészségműveltséget általános populációban mérő eszközöket összegyűjtsék. A kereséshez a „health literacy" keresőkulcsot alkalmazták. Azokat a publikációkat választották ki, amelyek megfeleltek a következő kritériumoknak: (1) kifejlesztettek és validáltak egy egészségműveltséget mérő eszközt, (2) a 15 évnél idősebb, általános populációban alkalmazták azt. A mérőeszközök minőségének értékelését és a szakirodalom szűrését két független kutató végezte az előre meghatározott bekerülési kritériumok alapján. A kutatás során alkalmazott minőségértékelés

a SURGE (Survey Criterium Guidelines) alapján történt, így 11 folyóiratcikk került további feldolgozásra.
Minden mérőeszköz kérdőív formájában méri az egészségműveltséget. A skálák fejlesztésének általános, többlépcsős folyamata a következő stádiumokból állt: itemek kidolgozása, előzetes tesztelés és az olvashatóság értékelése. A folyamat módszertani megoldásai különböztek az egyes eszközök esetében. A válaszadási arányok 61% és 99,5% közöttiek voltak, a mintanagyságok is jelentős eltéréseket mutattak, 99-13,646 tartományban. A skálák belső konzisztenciája elfogadható mértékű volt minden esetben, azonban egyes alskáláknál már születtek gyengébb eredmények. [1. táblázat]
A cikk megállapítása szerint az a trend figyelhető meg, hogy folyamatosan jelennek meg azok az új mérőeszközök, melyek multidimenzionálisan és széleskörűen mérik az egészségműveltséget. A mérésbe bevont dimenziók tekintetében azonban egyértelmű konszenzus nem alakult ki. A szerzők deklarált célja az volt, hogy bemutassák ezeket a különböző megközelítéseket, ezzel hozzájárulva az egészségműveltség átfogóbb és hatékonyabb kutatásához.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk legfontosabb tanulsága, hogy az alacsony egészségműveltség világméretű problémává vált, ezért kutatása fontos népegészségügyi téma. E terület mérésére mára már igen sokszínű, folyamatosan bővülő módszertani eszköztár áll rendelkezésre.

1. táblázat: Az egészségműveltség skálák áttekintése

Szerző és kiadás éve	Skála neve	Ország	Mintanagyság	Tárgykörök és itemek száma	Válaszadási arány	Chronbach Alfa
Pleasant, A., 2008	Public Health Literacy Knowledge Scale	USA	829	13/17	75%	0,80
O'Connor, M., 2015	Mental Health Literacy Scale	Ausztrália	372	7/35	nincs adat	0,80
Schrauben, S.J., 2017	Zambia's Health Literacy Scale	Zambia	13,646	4/15	nincs adat	0,68
Jordan, J.E., 2013	Health Literacy Management Scale	Ausztrália	542	8/29	61%	>0,82
McCormack, L, 2010	Health Literacy Skills Instrument	USA	1559	5/25	71%	0,86
Haghdoost, A.A., 2015	Iranian Health Literacy Questionnaire	Irán	1080	10/36	91%	0,71-0,96
Chinn, D., 2013	All Aspects of Health Literacy Scale	Egyesült Királyság	146	3/14	nincs adat	0,75
Suka, M., 2013	14-item Health Literacy Scale	Japán	1507	3/14	96,4-99,5%	0,83
Tsai, T.I., 2011	Mandarin Health Literacy Scale	Kína	323	5/50	72,1%	0,97
Sørensen, K., 2013	European Health Literacy Survey Questionnaire	Hollandia	99	12/47	95%	0,51-0,91
Intarakamhang, U., 2016	ABCDE	Thaiföld	4401	8/64	97,8%	0,61-0,91

Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás

Article review: An eHealth intervention and healthy eating in infancy

Ismertető: Fromvald Tamás ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Ismertetett cikk: Helle C, Hillesund ER, Wills AK et al. Evaluation of an eHealth intervention aiming to promote healthy food habits from infancy - the Norwegian randomized controlled trial Early Food for Future Health. Int J Behav Nutr Phys Act. 2019 Jan 3;16(1):1.
doi: 10.1186/s12966-018-0763-4

Beküldve: 2019. 01. 28.
doi: 10.24365/ef.v60i2.412

Kulcsszavak: egészséges táplálkozási szokások; csecsemőkor; elhízás

Keywords: healthy food habits; infancy; obesity

HÁTTÉR

A gyermekkori túlsúly és az elhízás világméretű elterjedtsége hatalmas népegészségügyi probléma. Emiatt hatékony és könnyen megvalósítható eszközökre van szükség, amelyekkel csökkenthető a gyermekkori elhízás és túlsúly mértéke. A kora gyermekkor szenzitív periódus a táplálkozási szokások kialakításához, ezért a korai táplálkozás optimalizálására irányuló stratégiák fontos lehetőséget jelenthetnek a túlsúly és az elhízás megelőzésére. A szülők szerepe a csecsemők táplálkozási preferenciáinak és étkezési szokásainak kialakításában alapvető fontosságú, és ugyancsak ők a kora gyermekkorban kezdődő primer prevenció kulcsfontosságú szereplői. Egy 2016-ban megjelent szisztematikus összefoglaló[i] szerint a csecsemő- és kora gyermekkori túlsúly, valamint elhízás kockázatának csökkentésére azok a legígéretesebb elhízás-megelőzési stratégiák, amelyek az étrendre és az étkezési szokásokra összpontosítanak. Az általunk bemutatott tanulmány erre az eredményre alapozva vizsgálta a kora gyermekkorban történő e-egészség intervenció hatásosságát.

Az online elérhető információk potenciálisan növelhetik a szülői ismereteket és készségeket, ugyanakkor könnyen érthetőek és hozzáférhetők. A webalapú viselkedésváltozási beavatkozások hatékonyságára vonatkozó kutatások ígéretesek, azonban közülük csak nagyon kevés értékelte a csecsemőtáplálására vonatkozó beavatkozások hatékonyságát.

A kutatás az e-egészség beavatkozás eredményességét értékelte a szülők gyermektáplálási szokásain keresztül.

MÓDSZER

A szülőket a közösségi média és gyermekklinikák közreműködésével toborozták 2016 tavaszán, amikor gyermekük 3–5 hónapos volt. Összesen 718

[i] Redsell SA, Edmonds B, Swift JA et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. Matern Child Nutr. 2016;12:24–38. doi: 10.1111/mcn.12184

szülő töltötte ki az online kérdőívet gyermekük 5,5 hónapos korában. A résztvevőket két csoportba osztották. Az egyik csoport tagjai az e-egészség platformon keresztül havi rendszerességgel tekinthettek meg rövid videókat, amin gyermekük életkorának megfelelő csecsemő-étkeztetési témákat és bébiételrecepteket tettek közzé 6–12 hónapos korig. Ezalatt a kontrollcsoport tagjai általános gyermek-egészségügyi ellátásban részesültek, vagyis a gyermekek fejlődését 6, 8, 10 és 12 hónapos korukban vizsgálták. A konzultációkon a magyar védőnőkhöz hasonló funkciót betöltő közösségi ápolók ellenőrizték a gyermekek súlyát és hosszát, valamint a gyermekek egészségével, növekedésével és pszichomotoros fejlődésével kapcsolatos beszélgetésekre is sor került. A vizsgálatban résztvevő gyermekeket 6 és 12 hónapos korukban gyermekorvos is megvizsgálta.

A kutatás során az elsődlegesen vizsgált tényezők a gyermekek táplálása, tápanyag bevitele és étkezési szokásai, valamint a szülők gyermektáplálási stílusa voltak. Másodlagos tényezőként pedig a gyermekek születésekor mért, valamint a 12 hónapos korban történő antropometriai vizsgálat eredményei szerepeltek a kutatásban.

EREDMÉNYEK

Étkezési szokások

Azon csoport tagjai, akik hozzáférést nyertek az e-egészség platformhoz, gyakrabban kínáltak gyermeküknek gyümölcsöt és zöldséget (p=0,035), valamint a zöldségek szélesebb skáláját kóstoltatták meg (p=0,015) a kontrollcsoporthoz képest. Ugyancsak az első csoportba tartozó szülők közül számoltak be arról többen, hogy a család együtt reggelizett és vacsorázott (p=0,035), valamint ritkábban néztek tévét az étkezések alatt (p=0,009). Az e-egészség platformhoz hozzáférő szülők több, mint 80%-a tekintette meg a táplálkozási tanácsokkal foglalkozó teljes videóanyagot, amit jól felhasználhatónak, gyermekük korához illeszkedőnek talált.

Antropometriai adatok

Nem találtak antropometriai különbségeket a két csoport között.

Korlátok

A tanulmány kivitelezésében nehézséget jelentett, hogy a jelentkezők viszonylag magas számához képest a vártnál alacsonyabb volt azok aránya, akik a vizsgálat végéig részt vettek a kutatásban. Továbbá sok jelentkező lemaradt az első vizsgálatról. Valószínű, hogy egy nagyobb elemszámú csoporttal végzett kutatás lehetővé tenné az eredményének szélesebb körben történő elismerését.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredmények arra utalnak, hogy az e-egészség platform megfelelő eszközként használható arra, hogy a csecsemők egészséges táplálására vonatkozó információkat átadják a norvég szülők számára. A vizsgálat azt is sugallja, hogy az így történő információátadás a korai gyermekétkeztetésre vonatkozóan növelheti a fiatal gyermekek napi zöldség- és gyümölcsbevitelét, valamint elősegítheti a kedvező étkezési szokások kialakítását. A hosszabb távú hatások megismeréséhez és értékeléséhez további utánkövetéses vizsgálatok végzése szükséges a jövőben.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kutatás eredményeiből kiindulva láthatjuk, hogy a szülőknek jelentős szerepe van a csecsemők egészséges táplálásában, valamint a későbbi étkezési szokások kialakításában. Mivel az internethasználat és a közösségi média egyre nagyobb teret nyer mindennapi tevékenységeink során, így a prevenció területén is használható eszközként tekinthetünk rá. Javasolnám egy, a norvég mintára történő itthoni kutatás lebonyolítását nagyobb elemszám bevonásával.

Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából

Article review: Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia

Ismertető: Orsós Zsuzsanna ✉
PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs

Ismertetett cikk: A Belak, A Madarasova Geckova, JP van Dijk, SA Reijneveld. Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia Int J Public Health. 2018;63:1123 doi: 10.1007/s00038-018-1134-2

Beküldve: 2019. 01. 30.
doi: 10.24365/ef.v60i2.414

Kulcsszavak: Szlovákia; romaegészség; egészségegyenlőtlenség; adherencia; néprajzi tanulmány

Keywords: Slovakia, Roma health, health inequality, adherence, ethnographic study

A közleményben ismertetett vizsgálat egy szlovákiai, 260 fős, szegregált roma településen vizsgálta, hogy miért gyakoriak az egészséget veszélyeztető magatartásformák a szegregált romák körében, illetve, hogy az ott élő emberek miért nem követik a klinikai vagy népegészségügyi ajánlásokat.

Jól ismert, hogy a közép-kelet európai országokban élő roma kisebbségek egészségi mutatói lényegesen rosszabbak a többségi populációkénál. Ugyanakkor az életmódi tényezők vizsgálata pedig majdnem mindenhol azt mutatta, hogy ehhez igen nagy mértekben hozzájárul a többségi népességhez képest kedvezőtlenebb egészségmagatartás (pl. alkoholfogyasztás, dohányzás, egészségtelen táplálkozás). Míg a vizsgálatok egy része ezt azzal magyarázza, hogy a romák általában a legalacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű réteghez tartoznak, több tanulmány is felhívta a figyelmet arra, hogy a szegregált romák körében az egészségmagatartás – vagy legalábbis annak több aspektusa is – eltérhet az általános népesség ugyanazon társadalmi-gazdasági helyzetű csoportjainak magatartásától. Bár vannak adatok és teóriák az etnikai alapú egészségegyenlőtlenségek kialakulásának okairól, mindmáig nincs olyan komplex magyarázat, ami megfelelően leírná a szegregált romák kedvezőtlen egészségmagatartásának determinánsait és ezek kölcsönhatásait.

A jelen közlemény egy 2004-2014-ig tartó, nagyobb longitudinális vizsgálat adatainak egy részét dolgozta fel, hogy azonosítsa azokat a helyi szintű mechanizmusokat, amelyek az egészséges életmódi ajánlásokhoz való adherencia hiányának hátterében állnak. A nagyobb vizsgálat a szegregált település szociográfiai leírását végezte el, néprajzkutatói módszerekkel vizsgálta az ott élők mindennapjait (különös tekintettel az egészséggel kapcsolatos jellemzőkre), valamint szisztémás orvosi-antropológiai interjúfelvétel történt, illetve az elsődleges interjúk elemzésére adott reflexiókat rögzítették. A bemutatott eredmények elsősorban a néprajzi adatok dokumentumelemzésén alapulnak (kutatói jegyzetek, hang- és videofelvételek).

Hét olyan mechanizmust sikerült azonosítani, amelyek a szegregált településen élő romák nem megfelelő adherenciájának okai lehettek, illetve elősegítették körükben a helytelen egészség-

magatartás-formák melletti érvelést. A mechanizmusok egy csoportja magukhoz a szegregált roma emberekhez kötődik, más része viszont a velük kapcsolatban álló nem romákhoz. Az első csoportba tartozik (1) a romák körében tapasztalt szegénység, szegregáció és átlag alatti infrastruktúra, (2) az egészségmagatartásra vonatkozó alternatív roma ideológiák és gyakorlatok, (3) az önmagukat kizáró roma ideológiák és tévhitek (pl. a romák nem képesek bizonyos viselkedésre, tevékenységre), (4) a romák jelenlegi helyzetükhöz való szocializációja – elfogadás, hozzászokás, természetesnek tartás. Nem roma részről pedig jelentős szerepe van az alábbiaknak: (5) romaellenes ideológiák, tévhitek, (6) diszkrimináció, rasszizmus és a romák elégtelen támogatása, (7) a klinikai és népegészségügyi ajánlások restriktív aspektusai (az ajánlások követése a romák körében olyan érzést kelthet, hogy ez által életminőségük csökken – például krónikus betegségek menedzseléséhez szükséges táplálkozási változtatások kapcsán). A fenti tényezők között nagyon szoros, többoldalú kapcsolat van, hatásuk egymást erősíti, illetve egyes tényezők fennállása továbbiak kialakulásához vezethet (pl. az adott helyzethez hozzászokás erősítheti azt az érzést, hogy nem lennének képesek külső standardokhoz igazodni, illetve az alternatív roma magatartási módokba vetett hit megszilárdulását eredményezheti).

A fenti tényezőknek, illetve kölcsönhatásaiknak elemzése alapján a szerzők fontosnak tartják az érintett romákkal annak megvitatását, hogy egyes tipikus, identitással kapcsolatos adherencia-problémák nem kapcsolódhatnak-e szimbolikus erőszakhoz (pl. történelmileg a nem romák által a romákra „erőltetett” értékítéletekből fakadóan). Felvetik továbbá a helyi nem romáktól származó helytelen gyakorlatok, illetve előítéletek felszámolását célzó intervenciók szükségességét, valamint felhívják a figyelmet az alternatív roma magatartásformák megfelelő és komplex vizsgálatának szükségességére. Hangsúlyozzák továbbá, hogy a rasszista nem roma ideológiák a romák körében internalizálódva olyan etnikai alapú identitás kialakulását erősíthetik, amely különösen a klinikai vagy népegészségügyi ajánlásoknak megfelelő életmód roma standardok szerinti esetleges kedvezőtlen életminőségi hatásaival együtt, adherencia hiányában jelentős szerepet játszhat a döntéseikben (ami mindezidáig nem kapott megfelelő figyelmet és hangsúlyt).

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Magyarországon is számos roma ember él szegregált településen vagy településrészen, így a cikkben leírtak a hazai cigányság szempontjából is relevánsak. A legfontosabb üzenet az lehet, hogy a kedvezőtlen egészségmagatartáshoz vezető tényezők egymást erősítik, egymással szoros kölcsönhatásban vannak, és az érdemi változásokhoz az összes okot fel kell számolni. Lényeges, hogy a jól ismert tényezők mellett (pl. szegénység, diszkrimináció) figyelmet kell fordítani az eddig nem kellően tanulmányozott kérdésekre is (pl. a roma identitás és ideológiák, egészséggel kapcsolatos tévhitek kialakulását és fennmaradását befolyásoló tényezők). A cikk szellemisége határozottan azt a véleményt sugallja, hogy a roma népesség egészségi állapota nem egyszerűen a szegénység következménye, hanem ennél sokkal összetettebb és bonyolultabb problémáról van szó.

Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése

Article review: A systems approach to obesity

Ismertető: Erdei Gergő ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Ismertetett cikk: Lee BY, Bartsch SM, Mui Y et al. A systems approach to obesity. Nutr Rev. 2017;75:94-106. doi: 10.1093/nutrit/nuw049

Beküldve: 2019. 02. 08.
doi: 10.24365/ef.v60i2.424

Kulcsszavak: globális egészség; modellezés; elhízás; rendszerek tudománya

Keywords: global health; modeling; obesity; systems science

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elhízás globális járvánnyá vált, amely a társadalom minden rétegét érinti nemtől, kortól, iskolai végzettségtől és jövedelmi kategóriától függetlenül. A jelenleg érvényben lévő beavatkozások eddig nem változtatták meg az elhízás növekvő tendenciáját, ami arra utal, hogy innovatív megközelítésekre van szükség. Számos jel arra utal, hogy az elhízásjárvány rendszerszintű probléma, vagyis nem írható le egyetlen ok-okozati összefüggéssel. Az elhízás sikeres kezeléséhez emiatt rendszerszintű megközelítésre van szükség. Ennek számos előnye van, ideértve az elhízás kialakulásában szerepet játszó közvetett hatások részletesebb megértésének lehetőségét, vagy a politikai beavatkozások hatásainak ellenőrzését azok populációs szintre történő kiterjesztése előtt. Az alábbiakban 5 erőfeszítést mutatunk be, melyek az elhízás rendszerszintű megelőzésében kulcsfontosságúak: 1) több globális megközelítés alkalmazása; 2) olyan tudományterületek szakembereinek bevonása, akik hagyományos értelemben nem az elhízással foglalkoznak, hogy megosszák tapasztalataikat az elhízás területén dolgozó szakemberekkel; 3) rendszervizsgálati módszerek használata (pl. a rendszerek feltérképezése és modellezése); 4) a hagyományos megközelítések módosítása és összehangolása a rendszerek vizsgálatához; 5) a kutatás, az oktatás, a politika és a cselekvés között meglévő különbségek áthidalása.

BEVEZETÉS

Az elhízás globális járvánnyá vált, amely a társadalom minden rétegét érinti nemtől, kortól, iskolai végzettségtől és jövedelmi kategóriától függetlenül. Világszerte több mint 1,9 milliárd ember elhízott: 2004-ben az 5-10 éves gyermekek körülbelül 10%-a, míg 2008-ban 40 millió óvodás korú gyermek volt túlsúlyos. Sok országban, szinte minden kontinensen emelkedik az elhízás aránya. A Föld népességének 65%-a olyan országban él, ahol a túlsúly és az elhízás több halálesetet okoz, mint az alultápláltság. Az Amerikai Egyesült Államokban a felnőtt lakosság 70%-a és a gyermekek 32%-a túlsúlyos vagy elhízott, amely trend folyamatosan emelkedik. A jelenleg érvényben lévő beavatkozások eddig nem változtatták meg ezen tendenciákat, ami arra utal, hogy a probléma innovatív megközelítésére van szükség az elhízás megelőzése érdekében. Az Orvostudományi Intézet (Institute of

Medicine) 2013-as jelentése alapján rendszerszintű megközelítésre van szükség az elhízás megfékezése érdekében.
A szerzők tanulmányukban ismertetik a rendszer fogalmát és megállapítják, hogy az elhízás rendszerszintű probléma. Ezt követően bemutatják, mit értenek rendszerszintű megközelítésen, illetve részletezik ennek előnyeit, valamint megvitatják azt az 5 kulcsfontosságú tényezőt, amely az elhízás rendszerszintű megközelítését foglalja magában.

MI A RENDSZER?

A rendszer különböző összetevőkből áll, amelyek egymáshoz kapcsolódnak, kölcsönhatásba lépnek és befolyásolják egymást. A természetes és emberalkotta rendszerek között említhetjük a meteorológiai, biológiai, szállítási, gyártási, pénzügyi, egészségügyi és élelmiszerrendszereket. Egy élelmiszerrendszerben az egyén közvetlen környezetében elérhető élelmiszerek típusa attól függ, hogy a kiskereskedők mit árulnak a kisebb és nagyobb üzletekben. A kisebb és nagyobb üzletek kínálata egyaránt a nagykereskedelmi beszállítók kínálatától függ, ami változhat a különböző típusú élelmiszerek iránti kereslet függvényében. A különböző típusú élelmiszerek iránti keresletet az élelmiszerek ára befolyásolja, amit a reklámozás és a társadalmi erők határoznak meg – érintve az élelmiszertermelőket és -feldolgozókat –, amelyek hatással vannak a gazdasági folyamatokra. Ezek az összetevők és a köztük lévő kapcsolatok sokféle és összetett módon lépnek kölcsönhatásba, túlmutatva egyetlen ok-okozati kapcsolaton.
A rendszer jellegzetessége, hogy egyik része sem teljesen független a többitől. A rendszer tulajdonságai ugyanis egymással összekapcsolódva, különböző módon befolyásolják egymást. A teljes rendszer magyarázata előtt meg kell érteni annak minden összetevőjét és azok kölcsönhatásait, hiszen az egyik rész jelentős módosításának hatására a rendszer többi részén utóhatások keletkeznek. Ezért a rendszer tökéletes megértése nélkül kihívást jelenthet a megfigyelt jelenség okának azonosítása, vagy egy beavatkozás hatásainak megjóslása. A probléma gyökerének nehéz azonosíthatóságára jó példa lehet, az alacsony jövedelmű városi területeken a tápanyagban gazdag élelmiszerek hiánya. Például, ha a közeli földeken nincs almatermelés, akkor az növeli az alma tárolásának költségét a kisebb forgalmú üzletekben. Ennek eredményeként előfordulhat, hogy csak a nagyobb szupermarketek engedhetik meg maguknak az almaárusítást, a gyümölcstárolás jelentős költsége miatt. Ha egy kisforgalmú élelmiszerüzlet az almaraktározás megoldására eszközöket vásárol, befektet, akkor a megnövekedett költség valószínűleg a vásárlóra hárul. Ha az alma magas ára miatt nem kel el – hiszen a megnövekedett költséget a kereskedő a beépíti az árba –, az élelmiszerhulladék keletkezéséhez vezethet, és elrettentheti a bolt tulajdonosát az almatárolástól. Hacsak nem tudjuk, hogyan működik ez az élelmiszerrendszer, nehéz lehet a megfigyelt jelenség okát megtalálni. Ebben a példában az almahiány oka vajon a kereskedők üzleti gyakorlata, avagy a gazdák növénytermesztési gyakorlatának változásában keresendő? Egy ehhez hasonló probléma helyes diagnosztizálása és kezelése megköveteli az élelmiszerrendszer összetevőinek ismeretét, megértését és az ezek közötti kapcsolatok feltérképezését.
Annak ellenére, hogy a rendszer összetevői egymással kapcsolatban állnak, a rendszerszemléletű megközelítés megköveteli, hogy a kutató körülhatárolja a rendszert. A rendszer határai elválasztják azt más rendszerektől, meghatározva, hogy mely összetevőket tartalmazzák és melyeket zárják ki. A rendszer határai lehetnek földrajzi, vagy fogalmi elemek, de vonatkozhatnak folyamatokra is. Mivel sok rendszer erősen összekapcsolódik egymással, a határok nem mindig egyértelműek. A rendszer határaira vonatkozó döntéseket a vizsgált kutatási kérdés vagy probléma vezérli. A „takarékosság elvét" követve a határokat akár olyan módon rajzolhatnánk meg, hogy a kutatási kérdéshez kapcsolódó összetevők és folyamatok túlnyomó többségét (>80%-át) tartalmazza, néhány összetevőt szükségszerűen kizárva. Például, ha a tanulók üdítőitalfogyasztást kívánjuk korlátozni, akkor nemcsak az iskolai üdítőital-automaták számát kell csökkenteni, hanem az iskola közelében lévő élelmiszerboltok kínálatát is figyelembe kell venni, mert a gyermekek az automaták kínálatának korlátozása

miatt más forrásból is beszerezhetik az üdítőitalokat; a határ megrajzolása esetében azonban ki kell zárni a nem az iskola közelében található üzleteket, mert nem valószínű, hogy a gyermekek túlságosan nagy távot tennének meg az üdítőital beszerzése miatt.

MIÉRT RENDSZERSZINTŰ PROBLÉMA AZ ELHÍZÁS?

Számos jel arra utal, hogy az elhízásjárvány rendszerszintű probléma, nem egyszerű ok-okozati összefüggés következménye, emiatt rendszerszintű megközelítést igényel. A következő okok magyarázzák, hogy az elhízás rendszerszintű probléma: globális hatókör, heterogén mintázat, széleskörű hatások, az egykomponensű beavatkozások kudarca.

Globális hatókör

Az elhízás globális járvánnyá vált, amely számos országot és társadalmi csoportot érint. Sok alacsony jövedelmű országban, ahol korábban az alultápláltsággal küzdöttek, most az elhízással néznek szembe. Az elhízás által érintett országok sokfélesége azt sugallja, hogy egy olyan egyszerű, egyedi tényező, mint a nagymennyiségű élelmiszer könnyű elérhetősége, nem ad kellő magyarázatot a járvány jelenlétére, ezért holisztikus megközelítésre van szükség ahhoz, hogy megértsük a probléma mögötti rendszert.

Heterogén mintázat

A járvány által érintett országokban az elhízás elterjedése eltérő mintákat mutat, amelyek nehezen magyarázhatók. Az elhízás előfordulási aránya az 1980-as években sokkal nagyobb mértékben kezdett emelkedni, mint az előző évtizedekben, 1980 óta aránya több mint kétszeresére nőtt. Emellett fontos megjegyezni, hogy egy adott országban az elhízás alakulása gyakran jelentősen különbözik a különböző társadalmi csoportok között. Például az Amerikai Egyesült Államokban bizonyos belvárosi területeken, egyes társadalmi-gazdasági csoportok között nagyobb mértékű növekedés történt. Ezek a komplex minták nem magyarázhatók egyszerű ok-okozati viszonnyal.

Széleskörű hatások

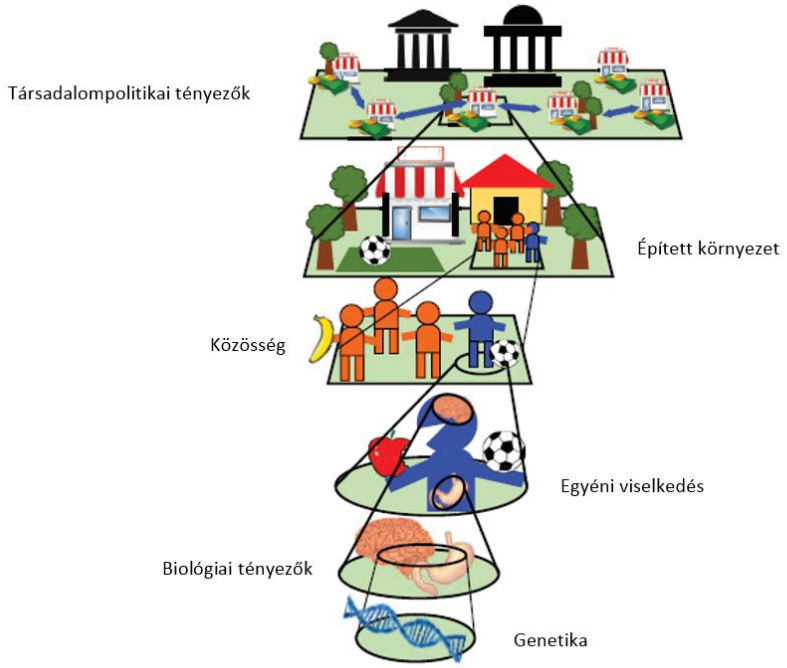
Az elhízás széleskörű és összetett következményekkel jár. Az elhízás egyik jellemzője, ami az összetettség egy oka is, az időeltolódás. A testtömegben mutatkozó változások hosszú időn keresztül alakulhatnak ki; emellett a testtömeg-változás és következményeinek megnyilvánulása között késés is fennállhat. A következmények nem magyarázhatók közvetlen hatásokkal, mint például a magas vérnyomás, az érelmeszesedés, a 2-es típusú cukorbetegség vagy a daganatos megbetegedések, illetve magukban foglalják a kirekesztést, a depressziót és az alacsony önbecsülést. Más szóval az elhízás hatásai széles körűek, és olyan biológiai, pszichológiai, társadalmi hatásokat eredményeznek, amelyek befolyásolják az élet jellemzőit, mint a fizikai egészség, alvási minták, produktivitás, társadalmi kapcsolatok és önértékelés. Ezen komplex következmények sokasága jelentős betegség- és költségterhet eredményez nemcsak az egyén, hanem a társadalom számára is.

Komplex okok

Nemcsak az elhízás következményei, hanem annak okai is komplexnek tekinthetők. Az eddigi kutatási eredmények nem azonosítottak egyetlen okot, amely az elhízásjárványért felelős lenne. A bizonyítékok arra utalnak, hogy az elhízás kialakulásához több tényező járulhat hozzá, melyek különböző szinteken jelentkeznek. Az 1. ábra az elhízáshoz kapcsolódó különböző szinteket mutatja be, beleértve a genetikát, az élettani tényezőket, az egyéni viselkedést, a társadalmi kapcsolatokat, a fizikai, épített környezetet és a társadalompolitikai erőket. A biológiai szint olyan élettani folyamatokat tartalmaz, mint a leptin-érzékenység és az egyedi anyagcsere. Az egyéni viselkedés magába foglalja az étrendi és fizikai aktivitási döntéseket, míg a társadalmi hálózatokat a családi és baráti kapcsolatok alkotják, amelyek befolyásolhatják az egyén viselkedését is. A környezeti szint magában foglalja az élelmiszerek elérhetőségét, a testmozgáshoz szükséges zöldterületeket és a közlekedés biztonságát.

A társadalompolitikai erők közé tartozik a gazdaság, a politika, az oktatás, az egészségtudatosság és a kultúra. Ezeknek a szinteknek mindegyike különböző tényezőkkel rendelkezik, amelyek közvetlenül vagy közvetve elhízáshoz vezethetnek. Például az élelmiszer-forgalmazási gyakorlatok változása és a fizikai aktivitás csökkentése 2 olyan tényező, amit gyakran az elhízás növekvő arányának okaként tartanak számon. Mindazonáltal mindkét tényező különböző egységekből áll. A marketing befolyásolja az épített környezetet és az egyes élelmiszerek elérhetőségét. Az épített környezet jellemzői, például a parkok és rekreációs központok elhelyezkedése, befolyásolják az egyének fizikai aktivitásra való hajlamát. Mind a marketinget, mind az épített környezetet a társadalmi erők, például a gazdaság hajtják. A marketingüzenetek sokszor társas kapcsolatainkon keresztül jutnak el hozzánk, ezzel is befolyásolva az étrendi vagy fizikai aktivitási szokásokra gyakorolt hatásukat. A marketingüzenetek hatásukban is különböznek az egyén pszichológiai tényezői, például a hiedelmek és az elfogultságok alapján. Az egyéni biológia és a genetika meghatározza az energiafelvétel és -leadás dinamikáját. Sőt, egy személy környezete befolyásolja a genetikai kifejeződését (epigenetika) is.

1. ábra: Az elhízás kialakulásában szerepet játszó tényezők



Forrás: Saját szerkesztés Lee, Bartsch, Mui et al., 2017 alapján

Ez csak néhány azon tényezők közül, amelyek részt vehetnek az elhízás kialakulásában. Természetesen ezek közül némelyik lehet közvetett hatású, és nem feltétlenül tekinthető az elhízás közvetlen okának, de az, hogy ezen tényezők együttesen alkotnak egy rendszert, elvitathatatlan. Míg az adott szinteken belül néhány kisebb folyamatot részletesen ismerünk, addig hiányzik egy olyan tudományos keret, amely ezeket az ismereteket hasznosítható módon összekapcsolná. Például mélyreható ismeretekkel rendelkezünk az egyes epigenetikai és pszichológiai jelenségekről, valamint arról, hogy a politikai döntések és a környezet hogyan kapcsolódnak a viselkedéshez és az egészségi hatásokhoz, de ezeket az eredményeket együttesen nem tudjuk értelmezni. Ezt az eredményezi, hogy fontos okok és közvetítők ismerete hiányzik a rendszerből.

Meg kell jegyezni, hogy a kapcsolat 2 tényező között nem mindig egyértelmű. Például Salvy és mtsai vizsgálták a gyerekek és serdülők étrendjére és testmozgásra gyakorolt társas hatásokat. A fizikai aktivitásra vonatkozó vizsgálatok azt sugallják, hogy a társak jelenléte növelheti a gyerekek fizikai aktivitását (a motiváció és a fizikai aktivitás jutalmazó értéke és normatív jellege révén), ugyanakkor csökkenthetik is a fizikai aktivitást (kiközösítéssel, elnyomással és kirekesztéssel). A táplálkozásra vonatkozó vizsgálatok arra a következtetésre jutottak, hogy a társak jelenléte növelheti is a serdülők energiafelhasználását (a társas viselkedés utánzása révén), ugyanakkor csökkentheti is az energiafelvételt (közösségi környezetben az egészséges táplálkozási normák elősegítése révén).

Egy meglévő keret, amely leírja az elhízás komplex okait, a „6C modell". Az emberi fejlődés Bronfenbrenner-féle ökológiai modelljére[i] építve Harrison és mtsai áttekintették a szakirodalmat, és kidolgozták a gyermekkori elhízás „6C modelljét", ami összefoglalja a gyerekkori elhízás kialakulásában szerepet játszó legnagyobb jelentőségű tényezőket. A modellben szerepel a sejt (*C*ell; genetikai hajlam és egyéb biológiai tényezők), a gyermek (*C*hild; a gyermek jellemzői), a család (*C*lan; családi jellemzők), a közösség (*C*ommunity; társak, iskolai és egyéb csoportok jellemzői), ország (*C*ountry; állami és nemzeti politikák, programok és prioritások) és kultúra (*C*ulture; normák, mítoszok és elfogultságok, amelyek a viselkedést irányítják). A „6C" közül egyik sem tekinthető az elhízás kizárólagos okának, ugyanakkor a „6C" elemei mind, összetett módon kölcsönhatásba lépnek egymással.

Nincs egyetlen megoldás

Azt a gondolatot, hogy az elhízás rendszerszintű probléma, tovább erősíti, hogy eddig még egyetlen olyan megoldást sem találtak sikeresnek, amely mindössze egy kiváltó ok kezelésére koncentrál. Annak ellenére, hogy sok különböző étrend, edzésprogram és beavatkozás van érvényben, amelyek az elhízás kialakulásában szerepet játszó egy tényezőre hatnak, az elhízás gyakoriságának mértéke tovább emelkedett világszerte. Ugyanakkor a többszintű, többkomponensű beavatkozások sikeresek voltak. Ennek az az oka, hogy a többkomponensű beavatkozások célzott és testre szabott elemeket tartalmaztak (például egészségnevelés, étrend megváltoztatása, fizikai aktivitás népszerűsítése, képernyő előtt töltött idő csökkentése, egyéni viselkedést és motivációt befolyásoló hatások), amelyek így nagyobb hatást gyakoroltak az elhízás visszaszorítására, mint az egyes összetevők elkülönítve.

A rendszerszintű politikák és beavatkozások előnyei

A rendszerszintű megközelítés figyelembe veszi a teljes rendszert a megfigyelési, döntési és változtatási folyamatok során. Az olyan területek, mint a légiforgalmi irányítás, a szállítás, a gyártás és a pénzügy, különböző módszereket alkalmaztak a rendszerek jobb megértésére már a döntések meghozatala előtt. Ez a rész leírja a rendszerek fontosságát a döntési folyamatok és a beavatkozások használata során. Amint a 2. ábra mutatja, a rendszerszintű megközelítés megkönnyítheti a valódi megoldások azonosítását, felmérheti a megoldások hosszú távú fenntarthatóságát, megértheti a közvetett hatásokat és a nem szándékolt következményeket, informál az adatgyűjtés priorizálásáról, és tesztelheti a beavatkozásokat a populációs szintre történő kiterjesztés előtt.

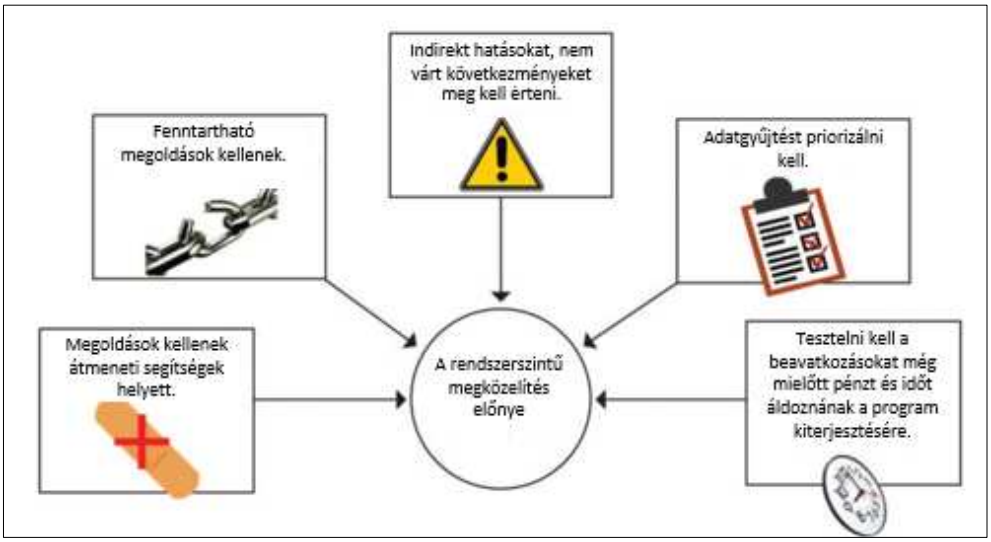
Ha problémák merülnek fel, a rendszerszintű megközelítés megkönnyítheti a megoldások keresését, a probléma okának direkt kezelésével ahelyett, hogy átmeneti megoldást kínálna. Ha a döntéshozók nem ismerik a probléma fő okát, vagy annak széleskörű hatásait, akkor a megoldásul választott technika nem oldja meg teljesen a problémát. Ez a típusú hozzáállás elfedi a problémát ahelyett, hogy valódi megoldást nyújtana. Így fennáll annak a kockázata, hogy az ilyen típusú megoldások csak súlyosbíthatják az egészségegyenlőtlenségeket. Például, ha az egyéneket egészséges élelmiszerek fogyasztására ösztönözzük, akkor csak azoknál érhetünk el változást, akik rendelkeznek elegendő idővel és erőforrással ezeknek az élelmiszerek a megvásárlásához és elkészítéséhez. Azonban sokan nem férnek hozzá egészséges ételekhez, mivel a környezetükben lévő üzletek nem árulnak elég gyümölcsöt és zöldséget. Mások a napi stressz és a munka mellett nem tudnak elegendő időt

[i] Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2009.

fordítani arra, hogy vásároljanak és főzzenek. Még akkor sem, ha egészséges ételeket árusító üzletek közelében élnek, vagy az is előfordulhat, hogy nincs elég pénzük az egészségesebb élelmiszerfélék megvásárlásához. Ezért az oktatási kampányok segíthetnek ugyan, de alapvetően nem javítják az élelmiszerkörnyezetet. Egy másik példa az iskolai üdítőital-automaták eltávolítása, ami csökkentheti az iskolán belüli üdítőital-vásárlást, de növelheti is annak arányát az iskolán kívüli üzletekben.

A rendszer-megközelítés lehetővé teszi a döntéshozók számára, hogy értékeljék a megoldások hosszú távú fenntarthatóságát. Ha a probléma alapjául szolgáló okot nem kezelik, a „megoldás" átmenetileg működhet, de idővel és a körülmények megváltozásával elveszthetik a hatékonyságukat. Például, az áruházak számára az egészséges élelmiszerek elérését ösztönző tényezők rövid ideig tartó jelenléte időlegesen megváltoztathatja az üzletek termékkínálatát, ám ha az üzletek nem rendelkeznek megfelelő infrastruktúrával (mint például a romlandó élelmiszerek megfelelő hűtésével), akkor hamarosan olyan élelmiszerek kerülnek raktározására, amelyek hosszabb ideig tárolhatók, és nagyobb irántuk a kereslet, mint például a nagy energiasűrűséggel rendelkező nassolni valók.

2. ábra: A rendszer-megközelítés előnyei a politika és a beavatkozások számára



Forrás: Saját szerkesztés Lee, Bartsch, Mui et al., 2017 alapján

A közvetett hatások és a nem szándékolt következmények rendszerszintű megközelítéssel könnyebben azonosíthatók. Egy döntéshozó alábecsülheti a problémát, mert nem tudja felmérni időben a teljes hatást. Például a döntéshozók nem fogják felismerni a nem megfelelő élelmiszerkörnyezet teljes hatását, mivel a túlsúly és az elhízás gyakorisága hosszú időn keresztül növekszik, és az ilyen trendek megfordítása jelentős időt és energiát igényel. Ha egy személy nem ismeri a különböző döntések teljes hatását, még a jó értelemben vett erőfeszítések sem járhatnak a kívánt következményekkel. Ha előírjuk a bolttulajdonosoknak, hogy bővítsék az egészséges élelmiszerek kínálatát és ehhez nem biztosítjuk számukra, hogy fenntarthassák vagy növelhessék nyereségüket, az arra motiválhatja őket, hogy csökkentsék a kínálatot, ezáltal még kedvezőtlenebbé válik az élelmiszerkörnyezet.

A rendszerszintű megközelítés információt adhat az adatgyűjtés priorizálásról annak érdekében, hogy elkerüljék a felesleges vagy akár félrevezető információk gyűjtését. Az adatgyűjtéshez idő, energia és erőforrások szükségesek, ezért nehézkes döntéseket hozni az összegyűjtendő adatokról. Továbbá a rendszeresen végzett, átfogó adatgyűjtés megfizethetetlenül drága és megvalósíthatatlan. Ezen túlmenően bizonyos politikai tényezők vagy gazdasági érdekek befolyásolhatják a döntéshozókat a prioritások kezelésében. Ezzel szemben egy több tudományág képviselőit egyesítő csapat bevonása

csökkentheti az egyéni torzítások hatásait, valamint a döntéseket és az eredményeket egyértelműbbé és átláthatóbbá teszik. A rendszer megértése így segíthet az adatgyűjtés irányításában és a prioritások meghatározásában. Például az étkezési és fizikai aktivitás folyamatos értékelése meglehetősen drága lehet. Korlátozott erőforrások mellett mik lehetnek a legmagasabb értékű adatok, amelyeket érdemes gyűjteni? Milyen információk segítenék leginkább a döntéshozatalt és az érdemi változtatásokat? Milyen adatok adnák a legpontosabb képet a rendszerről?

Végül a rendszerszintű megközelítés lehetővé teszi, hogy a döntéshozók gyakorlatilag teszteljenek egy beavatkozást, mielőtt azt a valós környezetben végrehajtanák, ezáltal időt, energiát és erőforrásokat takaríthatnak meg. Ha a rendszer nehezen érthető, a hatékony beavatkozások tervezése és kivitelezése hosszabb időt vehet igénybe. A tervezési folyamat eredményei és tanulságai nagyban segíthetik a program hatékony működését.

Például, egyes elhízásmegelőzési beavatkozások javasolják, hogy az iskolákból távolítsák el az üdítőital-automatákat. Taber és mtsai viszont megállapították, hogy azon iskolák tanulói, ahol nincs üdítőital-automata, hetente több üdítőitalt fogyasztanak, és gyakrabban esznek gyorséttermi ételt. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy az automata csak egyike a komplex rendszer számos összetevőjének. Az iskolai automaták esetében a rendszerek modellezése lehetővé tette a kutatók számára, hogy azonosítsák a nem kívánt következményeket és ennek megfelelően alakítsák ki a beavatkozást a végrehajtás előtt.

Az elhízás rendszerszintű megközelítése

Míg sok iparág régóta használja a rendszerszintű megközelítést, az elhízás megelőzése és nyomon követése terén az ezen jellegű beavatkozások eddig elmaradtak. Hasonló késés tapasztalható az egészségügy és a népegészségügy más területein is, de a rendszerszintű megközelítés bizonyos lépéseket már megtett a fertőző betegségek megelőzése és nyomon követése terén, ezzel segítve a döntéshozókat a fertőző betegségek terjedésének megértésében, a fertőző betegségek következményeivel és a különböző ellenőrző intézkedések lehetséges hatásaival kapcsolatban.

Mi az oka annak, hogy az elhízás rendszerszintű megközelítése eddig elmaradt? Ennek egyik oka lehet, hogy az elhízást a közelmúltig egyéni és nem népegészségügyi problémának tekintették. Az a kijelentés, hogy az elhízás most már globális járvány, megváltoztathatja ezt a nézőpontot. A rendelkezésre álló bizonyítékok alátámasztják az egyénen kívüli egyéb tényezők fontosságát. A másik ok az lehet, hogy a kutatók nem ismerik a rendszerek vizsgálati módszereit, amely hiányosság részben az oktatásból fakad. Bár a matematikai modellezés számos üzleti és mérnöki képzettséghez szükséges, a rendszerszintű megközelítések elmélete hagyományosan nem része a táplálkozás- és orvostudomány, valamint a népegészségügy és az egészségügyi politika képzéseknek. A táplálkozástudomány, az orvostudomány és a népegészségügy problémái nagyon jól kezelhetők lennének rendszerszintű megközelítéssel. Számos általános kihívás létezik különböző területeken, mint például a bizonytalanság, az adatok hiánya, több érdekelt fél együttes jelenléte és az erőforrások korlátai. Területenként eltérő ezen kihívások jellege és mértéke. Sok területen magas a tét (pl. költségek, betegségek, halálozás) és az elhízásjárvánnyal kapcsolatos kérdések összetettségére való tekintettel még inkább fontos a rendszerszintű megközelítés. Az alábbiakban bemutatásra kerülő erőfeszítések segítségével a rendszerszintű megközelítés módszerei megkönnyíthetik a jelenlegi döntéshozatali módszereket, nem pedig kiszorítják azokat.

Tekintettel arra, hogy az elhízás megelőzése és nyomon követése elmaradottnak tekinthető, a rendszerszintű megközelítések alkalmazásának elfogadásában az alábbi 5 erőfeszítés segíthet:

1. Erőfeszítés: a globális megközelítés alkalmazása

A rendszerszintű megközelítés fontos része annak a megértése, hogy az elhízás globális probléma. A világ országai egyre inkább összekapcsolódnak az utazás, a kommunikáció, a gyártási gyakorlatok, az élelmiszerrendszerek és a különböző társadalmi viselkedési normák által. Ez a kapcsolati rendszer azt jelenti, hogy az egyik országban bekövetkezett változások más országokban is megjelennek, mégpedig az egyes országok kontextusában eltérő módon. Ezért az elhízásjárványra vonatkozó megközelítéseknek egyre inkább figyelembe kell venniük ezeket

a globális kapcsolati rendszereket, és a különböző országoknak együtt kell működniük. A többi globális egészségügyi kezdeményezéshez viszonyítva – mint például a himlő felszámolása vagy az egész világra kiterjedő influenzajárvány megfékezése –, ezen a területen eddig viszonylag kevés példa volt nemzetközi koordinációra, és az országhatárokon átnyúló kezdeményezések száma, a ráfordítások nagysága korlátozott volt. A formális elhízásmegelőzési és nyomonkövetési tevékenységek többsége eddig helyi szinten történt. Ez alól kivételt képez a cukorral édesített italokra kivetett népegészségügyi termékadó, mely Mexikóból indult, és ma már több országban, így hazánkban is alkalmazzák.

2. Erőfeszítés: különböző tudományterületek ismereteinek hasznosítása

Történelmünk nagyszerű kihívásai több tudományterület tudósainak együttműködését igényelték. Erre példa az Amerikai Egyesült Államok űrsikló programja, melyben a repüléstechnikai szakemberek munkáját segítették táplálkozási szakértők - az űrhajósok étel- és folyadékigényének megértetésével –, pszichológusok – a stressz fontosságának ismertetésével –, valamint számos más szakember. Ezen szakértők bevonásának elmulasztása megakadályozhatta volna a misszió sikerességét. Az előbbi példához hasonlóan az elhízás megelőzéséhez is számos olyan tudományág együttműködésére lenne szükség, amelyek hagyományos értelemben véve nem foglalkoznak az elhízással, mint például a mérnöki és informatikai tudományok. Ezek fontos új perspektívákat és módszertani megközelítéseket hozhatnak. Szükségünk lesz olyan szakértők útmutatására is, akik mély ismeretekkel rendelkeznek az elhízás területén leginkább a táplálkozás, az epidemiológia és a pszichológia tudományágaiban, mivel a kapcsolódó területek kérdései közül sok jóval bonyolultabb, mint azt korábban gondoltuk.

3. Erőfeszítés: rendszertudomány módszertanának használata

A rendszer megértésének két fő eszköze annak feltérképezése és modellezése. Ebben a részben ezen módszereket ismertetjük, bemutatjuk alkalmazási területeiket és új irányokat tárgyalunk. A rendszerszintű megközelítés kritikus első lépése az egész rendszer általános képének meghatározása. A rendszerek feltérképezése azt mutatja, hogy miként illeszkednek és lépnek egymással kölcsönhatásba a rendszer különböző részei. Először konszenzust kell kialakítani a rendszer határairól és összetevőiről. Ehhez az érdekelt felekből álló csoportban javaslatokat dolgoznak ki és vitatnak meg arról, hogy mely összetevőket kell bevonni és kizárni. Egy rendszer összetevőinek azonosítása önmagában számos tényre rávilágíthat. Első pillantásra előfordulhat, hogy nem vesszük észre, bizonyos emberek, csoportok, szervezetek vagy egyéb tényezők szerepet játszanak a rendszerben. Az összetevők azonosítása után a csoport meghatározza, hogy ezek az összetevők hogyan kapcsolód-hatnak egymáshoz. A csoport különböző platformokat használhat ezeknek az összetevők és kapcsolataik megjelenítéséhez, például poszteren, táblán vagy a számítógép képernyőjén megjelenő hatás-, hálózati vagy okozati hurokdiagramok rajzolásával. Számos szoftvercsomag áll már rendelkezésre ilyen diagramok elkészítésére (pl. STELLA, Vensim és Powersim).

Különösen hasznos lehet a több tudományág képviselőit egyesítő csoportok bevonása a rendszerek feltérképezési folyamatába, mivel egy személy nem rendelkezik a rendszer minden részének megértéséhez szükséges szakértelemmel. Például egy élelmiszerrendszer feltérképezésekor a várostervező leírhatja, hogy a különböző élelmiszerforrások, például élelmiszerboltok elhelyezkedése hogyan befolyásolhatja az élelmiszerekhez való hozzáférését. Egy közgazdász számszerűsítheti az árképzés és a különböző élelmiszerek iránti kereslet közötti kapcsolatot. Egy műveleti kutató felvázolhatja az élelmiszer-ellátási láncot és a gyártók, a szállítók, valamint a kiskereskedők közötti kapcsolatokat. Egy mezőgazdasági szakember megvilágíthatja a termelés meghatározóit. A szociológus rávilágíthat, hogy a különböző társadalmi hatások, mint például a társak, megváltoztathatják az élelmiszervásárlási magatartást, ami viszont hatással van az élelmiszerkiskereskedőkre. A táplálkozási szakértők meghatározhatják, hogy az egyes élelmiszerek fogyasztása hogyan befolyásolhatja a lakosság egészségét.

A második módszer a rendszermodellezés, amelyben a matematikai egyenleteken alapuló számítógépes programokat a rendszer összetevőinek, kapcsolatainak és folyamatainak ábrázolására használják.

A fentiekben leírt rendszerek feltérképezése

gyakran megelőzi a modellezési folyamatot. Az érdeklődésre számot tartó kutatási kérdés alapján a modellezők meghatározhatják a rendszert és annak határait. Emellett a modellezők a rendelkezésre álló adatokból, meglévő irodalmi adatokból, megalapozott elméletekből és helyszíni szakértőktől származó információk alapján határozhatják meg a modell bemeneti adatait. Míg egy rendszer modellje a valóság egyszerűsített ábrázolása, a rendszermodell fejlesztésének fontos jellemzője az, hogy minden lépésben ellenőrzik a modellt. A fejlesztés minden szakaszában a modell kulcsfontosságú szereplőknek való bemutatása javíthatja a modell jóságát (vagyis az érdekelt felek egyetértenek abban, hogy a modell képviseli azt, amit szükséges képviselnie). A modell futtatása és az eredmények összehasonlítása a valós eredményekkel és hasonló tanulmányokkal javíthatja a modell érvényességét (vagyis az adatok azt mutatják, hogy a modell összhangban van a valós eredményekkel). Az ellenőrzött modellek ezután lényegében „virtuális laboratóriumként" szolgálhatnak annak vizsgálatára, hogy a rendszer hogyan működik, és teszteli a rendszeren belüli különböző változások hatásait. A számítógépes modellezés egyik bevált példája a légiforgalmi irányítórendszerek. A légiforgalmi irányítórendszerek a különböző forrásokból (például az időjárási adatokról, a környezetről, a kifutópálya-kapacitásról és a helyről) származó információkat kombinálják azzal, hogy miként hatnak egymásra ezek a tényezők (például az időjárási minták hogyan befolyásolják a repülési időt és útvonalakat). Ezután egy számítógépes modellt használnak a rendszer összes összetevőjének és folyamatának ábrázolására annak érdekében, hogy segítsék a felhasználókat a rendszer egészének megértésében és megfelelő döntések meghozatalában. Annak ellenére, hogy ezek nem működnek tökéletesen – például az utazók számára késés tapasztalható – a légiforgalmi irányítási rendszerek nélkül a modern légi közlekedés nem lenne lehetséges. Ezek a rendszermodellek teszik lehetővé számunkra a napi műveletek összehangolását, a rendszer sebezhetőségeinek diagnosztizálását, valamint az új technológiák hatásainak előrejelzését.

Annak ellenére, hogy vannak kezdeti modellek, az élelmiszer-, táplálkozási és elhízási problémák kezelésére szolgáló rendszerek módszereinek használata továbbra is kezdetlegesnek mondható. Egy specifikus módszer, amely a társadalmi hálózatokat elemzi, annak érdekében, hogy megtudjuk, az emberek hogyan kapcsolódnak egymáshoz és megvizsgálja, hogy ezek a kapcsolatok hogyan befolyásolhatják az étrendet, a fizikai aktivitást és az elhízást. A társadalmi hálózat elemzése csomópontokat használ az egyének, csoportok vagy szervezetek képviseletére. A csomópontok között húzott vonalak (más néven élek vagy kötések) a társas kapcsolatokat képviselik. Ez nemcsak arra szolgál, hogy vizuálisan bemutassa, miként kapcsolódnak az egyének, hanem segítségével a kapcsolatok mintáit is jellemezzük, és elemezzük: ezek hogyan korrelálhatnak a viselkedésekkel és az egészségügyi eredményekkel. Az ilyen elemzések kimutatták, hogy a társadalmilag összefüggő egyének általában hasonló étkezési szokásokkal és hasonló fizikai aktivitási mintázatokkal rendelkeznek. Így lehetett megmagyarázni, hogy a Framingham tanulmányban[ii] az elhízott egyénekkel társas kapcsolatokat létesítő személyek nagyobb valószínűséggel váltak elhízottá.

A rendszermodellek alkalmazásával a tervezett beavatkozások tesztelésére tervezett programokról és szakpolitikákról előzetes információkhoz juthatunk. A tervezett beavatkozások előzetes vizsgálata segíthet azonosítani, hogy mely beavatkozások - vagy azok kombinációi – a leghatékonyabbak egy adott környezetben. Az úgynevezett egység alapú modellezés (agent-based-model, azaz ABM) használatával összehasonlítva a szupermarketekhez való hozzáférést, a fizikai aktivitás infrastruktúráját és az iskolai minőséget, Orr és mtsai megállapították, hogy mindhárom beavatkozás csökkentette a testtömegindex[iii] közötti különbségeket az afro-amerikai és a fehér társadalmi csoportok között, de észrevették, hogy néhány beavatkozás idővel felerősítette egymás hatását. A beavatkozá-

[ii] A Framingham városában végzett epidemiológiai vizsgálat a szív- és keringési rendszer kockázati tényezőinek szerepét kutatta és bizonyította. www.framinghamheartstudy.org

[iii] A testtömegindex egy mérőszám, ami megmutatja, hogy az egyén alultáplált, normál súlyú, túlsúlyos vagy elhízott. Számítási módja: testtömegindex $= \frac{\text{testtömeg (kg)}}{\text{testmagasság}^2\ (\text{m}^2)}$ http://apps.who.int/bmi/

sok között egy ilyen kölcsönhatás volt jelen az Auchincloss és mtsai által kidolgozott ABM-ben is, amely kimutatta, hogy a megfizethető egészséges élelmiszerekhez való hozzáférés és az egészség élelmiszerek preferenciái a különböző jövedelmű háztartások közötti táplálkozási különbségek csökkentése érdekében szükségesek. A rendszerek modellezése azonosíthat olyan körülményeket, amelyek egy adott beavatkozást többé-kevésbé sikeresé tehetnek. Li és mtsai megállapították, hogy a táplálkozással kapcsolatos oktatási kampány hatása az egyének élelmiszerválasztási lehetőségeire a társadalmi normáktól függően változó volt.

A tanulmány elméleti betekintés voltára magyarázat, hogy a jelenlegi szakirodalom csak a rendszermodellek használati lehetőségeinek felületét karcolja. A következő lehetséges lépések közé tartozik a különböző befolyásoló tényezők és folyamatok eddig nem ismert elemeinek feltérképezése, az egyre össze-tettebb rendszermodellek kialakítása valós adatokkal és létező kapcsolatokkal, a modellek által lefedett releváns rendszerek típusainak és aspektusainak bővítésével, valamint a rendszerek modelljeinek bővítésével. Mint korábban említettük, a rendszertudományi módszerek, mint például a rendszerek feltérképezése és modellezése, képesek az elhízás megelőzésére és monitorozására. Előfordulhat azonban, hogy ezek a módszerek és eszközök az elhízás megközelítésére nem bizonyulnak megfelelőnek és az elhízás megelőzése, valamint az egyéb területek közötti különbségek miatt szükség lesz módosításra. Lehetséges, hogy új modelleket és módszereket kell kidolgozni, avagy szükség lehet a meglévő modellek és módszerek módosítására. Az elhízás megelőzését és monitorozását célzó rendszereknek gazdasági, operatív, epidemiológiai és klinikai szempontokat kell hatékonyan kombinálniuk. Ellentétben a gyártási rendszerekkel, ahol cél a teljesítmény maximalizálása a költségek minimálisra csökkentésével, a táplálkozás és az egészség szempontjából a meglévő rendszermodelleket relevánsabb struktúrákkal szükséges bővíteni. Például, hogy az élelmiszerellátás egyes meglévő modelljei olyan operatív intézkedésekre összpontosítsanak, mint az idő, az értékesítés és a nyereség, de ezeket az intézkedéseket táplálkozási és egészségügyi eredmények nem támasztják alá.

4. Erőfeszítés: rendszerszintű szemlélet használata hagyományos megközelítésben

A rendszerszintű megközelítés nem a hagyományos népegészségügyi módszerek helyettesítésére szolgál. Valójában a rendszertudomány módszerei segíthetnek a már meglévő módszerek javításában. [3. ábra] A modellezés segíti az időben vissza- és előretekintő vizsgálatok tervezését, a logisztikát, valamint a lehetséges eredmények előrejelzését. A modellezés az időben vissza- és előretekintő tanulmányok eredményeit más helyzetekre és körülményekre is kiterjesztheti. A modellezés ugyancsak segíthet a különböző, időben vissza- és előretekintő vizsgálatok eredményeinek egyesítését is. Emellett a modellezés segíthet a korábbi és a jövőbeli vizsgálatok eredményeinek a valós döntéshozatalra vonatkozó szakpolitikákra és beavatkozásokra történő lefordításában.

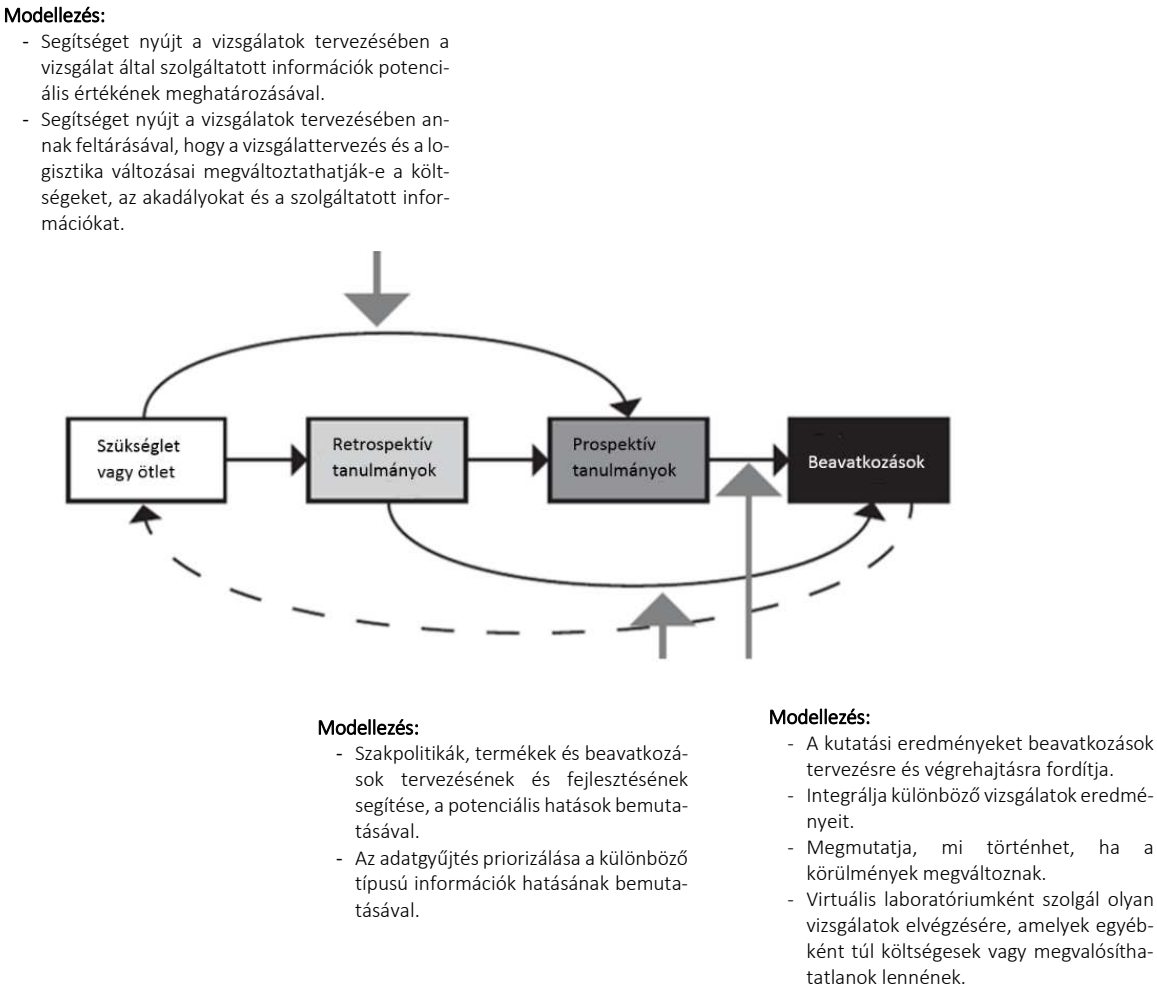
5. Erőfeszítés: a kutatás, az oktatás, a szakpolitika és a beavatkozások összekapcsolása

A rendszertudomány bevonása az elhízás megelőzésére és visszaszorítására változásokat hoz a kutatásban, az oktatásban, a politikában és a beavatkozásokban. Amint azt korábban említettük, a rendszerszintű megközelítések hagyományosan nem voltak részei az elhízással kapcsolatos tudományágak oktatási programjának. Emiatt a klinikusok és a döntéshozók nem tartják szem előtt a rendszerek fontosságát, esetleg nem látják a kutatási erőfeszítések és a döntéshozatal közötti kapcsolatot. Ezeknek a tevékenységeknek szinergiában kell lenniük ahelyett, hogy különállóként léteznének. Ha a kutatók megértik a klinikai és politikai megfontolásokat, akkor képesek lehetnek nagyobb hatású beavatkozások kidolgo-zására. Azon döntéshozók, akik a kutatások eredményeit helyesen értelmezik, azonosíthatják azokat az innovációkat, amelyek hasznosak az adott környezetben.

A kutatás, az oktatás és a politika összekapcsolása számos stratégiával érhető el. A rendszertudományi szakemberek átadhatják a rendszerszintű gondolkodás készségét az egészségügyi szakembereknek és döntéshozóknak. Például a képzés kiterjedhet a rendszerszintű megközelítés fontosságára, a

rendszertudomány módszereire, valamint arra, hogy a rendszerszintű gondolkodás, megközelítés miként építhető be a megfelelő szakterületekbe. A rendszerkutatók más kutatókkal és döntéshozókkal együtt-működve kidolgozhatnak olyan további rendszer-modelleket, amelyekkel jobban megérthetik az adott rendszerhez kapcsolódó kérdéseket vagy szakpolitikákat: a legfontosabb befolyásoló tényezők azonosítása, a rendszer működésébe való beavatkozás lehetséges következményeinek feltárása és a nem kívánt következmények felismerése. A rendszertudományi megközelítés segíthet a döntéshozóknak azon stratégiák azonosításában, amelyek segítségével a szakpolitikai döntéseket a leghatékonyabbak lehetnek. Erre példa a leghatékonyabb élelmiszercímke elhelyezése az adott célközönség elérése érdekében.

3. ábra: A modellezés működése a gyakorlatban.



Forrás: Saját szerkesztés Lee, Bartsch, Mui et al., 2017 alapján

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Jelen közlemény alapján a rendszerszintű megközelítést érdemes lenne alkalmazni a hazai gyakorlatban is. Az ehhez szükséges képzésnek azonban előbb meg kellene jelennie az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók kurrikulumában is.

Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?

Article review: Does consumption of dairy products reduce the risk of cardiovascular disease and mortality?

Ismertető: Erdei Gergő ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Ismertetett cikk: Dehghan M, Mente A, Rangarajan S et al. Association of dairy intake with cardiovascular disease and mortality in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. Lancet. 2018 Nov 24;392(10161):2288-2297. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31812-9

Beküldve: 2019. 01. 09.
doi: 10.24365/ef.v60i2.399

Kulcsszavak: tejtermékek; szív- és érrendszeri betegségek; mortalitás; követéses vizsgálat; agyvérzés

Keywords: dairy products; cardiovascular diseases; mortality; prospective cohort study; stroke

HÁTTÉR

A táplálkozási ajánlások szerint érdemes minimalizálni a magas zsírtartamú tejtermékek fogyasztását, mivel ezek telített zsírsavtartalmuk miatt növelhetik a vérben lévő lipidek szintjét, valamint a szív- és érrendszeri betegségek előfordulásának gyakoriságát és az ebből adódó halálozást. Mivel az alacsony és közepes jövedelmi szintű országokból kevés adat áll rendelkezésünkre a tejtermékek fogyasztásának gyakorisága és az egészségi állapot közötti összefüggésekről, így jelen kutatás célja az volt, hogy ezekben az országokban felmérjék az egyes tej- és tejtermékfajták fogyasztási gyakorisága közötti kapcsolatot a szív- és érrendszeri betegségek kockázatával, illetve az ezekből adódó halálozás gyakoriságával.

MÓDSZER

A „The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE)" tanulmány követéses vizsgálat volt, amely 35-70 éves személyek részvételével zajlott 5 kontinens 21 országában. A vizsgálatban 136 384 fő élelmiszerfogyasztási gyakoriság kérdőívének (Food Frequency Questionnaire) eredményét értékelték. A tanulmány elsődleges célja az, hogy értékelje a tejtermékek fogyasztása – ide értve a tejet, joghurtot, sajtot – valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések és a halálozás közötti összefüggést.

EREDMÉNYEK

Az eredmények alapján a tejtermékek jelentős bevitele (>2 adag/nap, szemben a 0 adag/nappal) alacsonyabb kockázatot jelent többek között a teljes halálozás (kockázati arány 0,83, 95%-os hitelesség mellett 0,72–0,96; p=0,0052), a főbb szív- és érrendszeri betegségek (kockázati arány 0,78, 95%-os hitelesség mellett 0,67–0,90; p=0,0001), és az agyvérzés (kockázati arány 0,66, 95%-os hitelesség mellett 0,53–0,82; p=0,0003) esetében. Ugyanakkor nem figyelhető meg szignifikáns összefüggés a szívinfarktus esetében (kockázati arány 0,89, 95%-os hitelesség mellett 0,71–1,11; p=0,163). Az eredmények között említik, hogy a vajbevitel alacsony volt és nem mutat szignifikáns összefüggést a klinikai kimenetelekkel (kockázati arány 1,09, 95%-os hitelesség mellett 0,90–1,33; p=0,4113).

Jelen vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a tejtermékek jelentős bevitele alacsony kockázatot jelent a halálozással, szív- és érrendszeri betegségekkel kapcsolatban, különös tekintettel az agyvérzésre.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Jelen vizsgálat, összhangban hazai és nemzetközi táplálkozástudományi ajánlásokkal, javasolja a tej és a tejtermékek fogyasztásának növelését. A tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy különösen az alacsony és közepes jövedelemmel rendelkezők csoportjában szükséges a tej és tejtermékek fogyasztásának növelése, ahol a beviteli mennyiségek jóval a javasolt fogyasztási mennyiségek alatt vannak.

Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?

Article review: Does exposure to a free school fruit programme modify the unhealthy snacks consumption?

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport

Ismertetett cikk: Hovdenak IM, Stea TH, Twisk J et al. Tracking of fruit, vegetables and unhealthy snacks consumption from childhood to adulthood (15 year period): does exposure to a free school fruit programme modify the observed tracking? Int J Behav Nutr Phys Act. 2019 Feb 15;16(1):22 doi: 10.1186/s12966-019-0783-8

Beküldve: 2019. 03. 07.
doi: 10.24365/ef.v60i2.437

Kulcsszavak: zöldség- és gyümölcsfogyasztás; egészségtelen rágcsálnivalók; étrendszokások; gyermekek; iskolai gyümölcsprogram

Keywords: fruit and vegetables consumption; unhealthy snacks; dietary habits; children; school fruit scheme

HÁTTÉR

Számos korábbi, empirikus tanulmány eredményéből ismert, hogy már korai életkorban fontos a gyümölcs- és zöldségfogyasztás megkedveltetése, hiszen a gyermekkori táplálkozási szokások felnőttkorban is megmaradnak. A szerzők megjegyzik, hogy a korábbi empirikus vizsgálatoknak számos korlátja van: pl. alacsony vizsgálati minta, néhány ismételt mérés és/vagy rövid megfigyelési időszak. Ezenkívül a szerzők tudomása szerint egyetlen tanulmány sem bizonyította még, hogy a gyermekkorban kialakult étkezési szokások mérése befolyásolja-e a későbbiekben az étkezési szokások nyomon követhetőségének a lehetőségét. A tanulmány egyik fő célkitűzése éppen ezért a gyümölcs- és zöldségfogyasztás, valamint az egészségtelen nassolás nyomon követésének nagy mintaszámú, több mint 15 éven át tartó, többszörös felmérésekkel végzett vizsgálata volt. Továbbá a kutatók azt is vizsgálták, hogy az iskolai környezetben egy tanéven belül változik-e a gyümölcs- és zöldségfogyasztás gyakorisága.

MÓDSZER

A „Fruit and Vegetables Make the Marks” című kutatás 38, véletlenszerűen kiválasztott iskolával dolgozott Norvégiában. Az iskolák közül 9 kapott ingyenes gyümölcsöt vagy zöldséget a 2001/2002-es tanévben, 29 iskola diákjai pedig a kontrollcsoportot alkották. A kiindulási minta 1950 gyermekből állt (984 lány, 585 fiú), a résztvevők 16–92%-a további 5 nyomonkövetési felmérésben (2002–2016) vett részt. A gyümölcs- és zöldségfogyasztást,

illetve az egészségtelen harapnivalók fogyasztását élelmiszerfogyasztási gyakoriság kérdőívvel (Food Frequency Questionnaire), illetve 24 órás táplálkozási kérdőívvel mérték. A teljes nyomonkövetési együtthatók becsléséhez vegyes modelleket alkalmaztak, csakúgy, mint annak értékelésére, hogy a kutatás módosította-e a nyomon követés eredményét. Azt, hogy maga a kutatás módosította-e a nyomon követés eredményét, két időszakban vizsgálták: a kiindulástól az első nyomonkövetéses vizsgálat során (a vizsgálat ideje alatt), illetve a második nyomonkövetéses vizsgálat során (a kutatás befejezése után).

EREDMÉNYEK

A teljes nyomonkövetési együttható 0,33 volt a gyümölcsök, 0,36 pedig a zöldségek esetében. Ez az egészségtelen harapnivalók esetében nemek szerint különbözött: 0,46 volt a fiúk és 0,39 a lányok esetében (p=0,065). A legtöbb elemzés nem mutatott szignifikáns különbséget a kísérleti csoport és a kontrollcsoport között, azonban az alacsony iskolázottságú szülők gyermekei körében csökkent az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásának aránya. A nyomon követés során viszont az egészségtelen harapnivalók esetében a teljes nyomonkövetési együtthatók eltérőek voltak: 0,46, illetve 0,38 (p=0,036). A második nyomonkövetéses vizsgálatnál 0,35 és 0,48 (p=0,036) voltak az értékek a zöldségeknél a kísérleti csoport és kontrollcsoport között.

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredmények azt mutatják, hogy a gyümölcs- és zöldségfogyasztás, valamint az egészségtelen harapnivalók fogyasztása alacsony vagy közepes mértékű gyermekkortól felnőttkorig. Kevés bizonyítékot találtak arra vonatkozóan, hogy az ingyenesen hozzáférhető gyümölcs vagy zöldség módosította volna azok, illetve az egészségtelen harapnivalók fogyasztását. További kutatásokra van szükség ahhoz, hogy bizonyosságot nyerjünk, hogyan befolyásolható a gyümölcsök, zöldségek, valamint az egészségtelen harapnivalók fogyasztása a népesség egészségének javítása érdekében.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kutatás a magyar szakemberek számára is fontos információkkal bír, ugyanis hazánkban jelenleg is folyik az iskolagyümölcs-program, illetve a menzai étkeztetés és az iskolabüfé kínálatának egészségesebbé tétele. A tanulmány arra is rámutat, hogy aktív szülői részvétel nélkül ezek a változások a gyermekek étrendjében nem lesznek tartósak. Mindezek miatt javaslom, hogy az iskolai egészségfejlesztő programokba próbálják meg a szülőket is bevonni, ezzel is növelve a programok hatékonyságát.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a publikálás támogatásáért, amely az EFOP-3.6.1-16-2016-00006 „A kutatási potenciál fejlesztése és bővítése a Neumann János Egyetemen” pályázat keretében valósult meg. A projekt a Magyar Állam és az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával, a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?

Article review: How to increase children's fruit consumption with simple changes in school?

Ismertető: Devosa Iván ✉
Neumann János Egyetem Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport

Ismertetett cikk: Marcano-Olivier M, Pearson R, Ruparell A, et al. A low-cost Behavioural Nudge and choice architecture intervention targeting school lunches increases children's consumption of fruit: a cluster randomised trial Int J Behav Nutr Phys Act. 2019 Feb 13;16(1):20 doi: 10.1186/s12966-019-0773-x

Beküldve: 2019. 03. 08.
doi: 10.24365/ef.v60i2.440

Kulcsszavak: gyümölcsfogyasztás; iskolai ebéd; egészséges táplálkozás; gyermekek

Keywords: fruit consumption; school lunch; healthy eating; children

HÁTTÉR

A felmérések szerint a legtöbb gyermek zöldség- és gyümölcsfogyasztása elmarad az étrendi ajánlásoktól. A szerzők egyszerű, alacsony költségvetésű magatartástudományi kísérlettel kívánták ösztönözi a gyermekeket arra, hogy az iskolai étkezdében több zöldséget és gyümölcsöt fogyasszanak ebédre.

MÓDSZER

A vizsgálathoz véletlenszerűen választottak ki négy nagy-britanniai általános iskolát, majd az előzetes adatgyűjtés iskolánként két-két napig tartott. Ezt követően a négy iskola közül kettőben megváltoztatták az iskolai étkezdék által kínált ételek tálalási módját. A két kísérleti iskolában az ételek új tálalási módját a kutatás végső szakasza előtt három héttel vezették be. A kontrolliskolákban ez idő alatt nem változtattak semmit sem az étkezdékben, sem a konyhai személyzet viselkedését illetően.

A kutatás az alábbi változtatásokat foglalta magába a két kísérleti általános iskolában:

- A zöldségeket és gyümölcsöket színes posztterekkel, rajzfilmfigurákkal reklámozták.
- A zöldségek és gyümölcsök figyelemfelkeltő, mókás neveket kaptak.
- A zöldségeket és gyümölcsöket grafikailag vonzó címkével látták el.
- A zöldségek és gyümölcsök jobban láthatóvá és elérhetővé váltak a gyermekek számára, a gyümölcsöket egy egész darab helyett fogyasztásra kész darabokban tálalták.
- A zöldségek és gyümölcsök ajánlása megváltozott: egy adagnyi zöldség fogyasztását ajánlották az előétel, illetve a keményítőtartalmú köret előtt, valamint egy adagnyi gyümölcsöt kínáltak a desszert előtt.
- Az étkezdék személyzetét kérték, hogy bátorítsák a diákokat arra, hogy az ebédjük részeként zöldséget és gyümölcsöt is válasszanak.

A háromhetes időszak után az iskolákban ismételten két napig gyűjtötték az adatokat a diákok zöldség- és gyümölcsfogyasztásának, az elfogyasztott ételek C-vitamin-, rost-, valamint cukorbevitelének és teljes kalóriatartalmának meghatározásához. Ehhez mérési módszerként fényképet készítettek a gyermekek által választott ételekről ebéd előtt és étkezés után a tényleges táplálékbevitel meghatározására. A vizsgálatban összesen 176 általános iskolás vett részt, közülük 86-an a zöldség- és gyümölcsfogyasztás növelését célzó két iskolában tanultak, 90 diák pedig a két kontrolliskola tanulója volt.

EREDMÉNYEK

A résztvevő iskolákban a gyermekek 46,5%-nak jelentősen növekedett a gyümölcsfogyasztása, valamint a C-vitamin- és rostbevitelében is pozitív irányú változás volt észlelhető. A gyermekek nagy részénél tapasztalták a gyümölcsfogyasztás mértékének növekedését attól függetlenül, hogy az a kísérlet előtt mekkora volt. A zöldségfogyasztás mértékében azonban a beavatkozás ellenére sem tudtak változást megfigyelni. A kontrollcsoportot alkotó iskolákban ezzel ellentétben nem tapasztaltak jelentős változást a gyermekek étkezési és ételválasztási szokásaiban.

KÖVETKEZTETÉSEK

Ezek az eredmények az elsők között mutatnak arra, hogy az iskolai étkezdék kínálatának mérsékelt változtatásával és viselkedésösztönzők bevonásával jelentősen növelni lehet a gyermekek gyümölcsfogyasztását. Marcano-Olivier és mtsai megállapítása szerint mindez hatással lehet az egészséges táplálkozást elősegítő nemzeti és nemzetközi stratégiák kidolgozására is.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kutatás különös jelentősége az volt, hogy bebizonyosodott, az iskolai étkezdék kínálatának szinte költségmentes átalakításával a diákok táplálkozása pozitív irányba befolyásolható. A tanulmányból látszik, hogy a kínálatban már korábban is szereplő ételek áthelyezésével, elérhetőbbé tételével, valamint grafikailag vonzóbb címkével megjelenítve, hívogató szlogennel „megszemélyesítve” jobban felkeltik a gyermekek érdeklődését. Az iskolai étkeztetés megújításán dolgozó hazai szakembereknek éppen ezért érdemes lenne megfontolni, hogy az étkezdékben, büfékben kihelyezett áruk láthatóságát, elérhetőségét is célszerű lenne szabályozni, hiszen itt nem átlagos kereskedelmi egységről van szó, hanem a gyermekek egészséges életmódra nevelésének egyik látens eszközéről.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a publikálás támogatásáért, amely az EFOP-3.6.1-16-2016-00006 „A kutatási potenciál fejlesztése és bővítése a Neumann János Egyetemen” pályázat keretében valósult meg. A projekt a Magyar Állam és az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával, a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Cikkismertetés: Az iskolai klíma és az egészségi állapot javítása középiskolában

Article review: Promoting school climate and health outcomes in secondary school

Ismertető: Kis Bernadett ✉
Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet

Ismertetett cikk: Shinde S, Weiss HA, Varghese B et al. Promoting school climate and health outcomes with the SEHER multi-component secondary school intervention in Bihar, India: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2018; 392: 2465–77. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31615-5

Beküldve: 2019. 03. 27.
doi: 10.24365/ef.v60i2.443

Kulcsszavak: iskolai egészségfejlesztés; iskolai klíma; komplex egészségfejlesztő beavatkozás; serdülőkor; egészségi állapot

Keywords: school health promotion; school climate; complex health promotion intervention; adolescence; health outcomes

HÁTTÉR

Az iskolai klíma egyaránt befolyásolja az egészséget és a teljesítményt, ezért az iskolai társas környezet javítása kiemelt jelentőségű lehet a serdülők egészségének és jóllétének fejlesztésében, különösen az alacsony és közepes jövedelmű országokban, ahol nagy a középiskolai évismétlések aránya.

MÓDSZER

A tanulmány a SEHER[i] nevű komplex egészségfejlesztő beavatkozás hatékonyságát vizsgálta 13-14 évesek körében India egyik szövetségi államában, Bihárban. A szerzők tudomása szerint ez az első olyan kutatás, mely egy alacsony vagy közepes jövedelmű országban vizsgálja egy, az egész iskolára kiterjedő többtényezős egészségfejlesztő beavatkozás eredményességét és költséghatékonyságát az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) egészségfejlesztő iskola koncepciója jegyében. Jelen tanulmány szerzői kutatásukban azt vizsgálták, hogy mi történik akkor, ha nem az iskola valamely alkalmazottja (tanár vagy egészségügyi szakember) vesz részt a beavatkozásban – ahogyan ez a Bihár állambeli iskolákban általában lenni szokott –, hanem egy külső, nem pedagógus végzettségű munkatárs, akit nem terhelnek az iskolai teendők és feladatok. A beavatkozás költséghatékonyságát növelte, hogy a külső munkatárs felkészítése csupán egy hetet vett igénybe.

A vizsgálat elsődlegesen arra fókuszált, hogy egy tanév alatt miként változik az iskolai klíma a SEHER egészségfejlesztő program hatására, ami egyaránt tartalmazott az egész iskolát érintő, osztályszintű és

[i] A SEHER betűszó a Serdülőkorúak egészségfejlesztését szolgáló, bizonyítékon-alapuló iskolai beavatkozások Bihár államban, Indiában cím angol megfelelőjéből került kialakításra.

egyéni beavatkozásokat. Mivel a diákok által észlelt iskolai klíma összefüggésbe hozható számos egészséggel kapcsolatos tényezővel és magatartással (pl. érzelmi jóllét, iskolai erőszak, reprodukciós egészség), ezért a vizsgálat másodlagosan kiterjedt a diákok körében tapasztalható depresszió, zaklatás, áldozattá válás, nemek közötti egyenlőség iránti attitűd és a reprodukciós egészséggel kapcsolatos tudás mérésére is.

A kutatásban 75 Bihár állambeli iskola vett részt; az iskolákat véletlenszerűen három csoportba osztották: az első csoportba kerülő iskolák számára a SEHER egészségfejlesztő programot egy külsős, nem pedagógus végzettségű személy koordinálta. A második csoportba kerülő iskolák esetében ugyanezt a programot egy, az adott iskolában dolgozó pedagógus vezette, míg a harmadik csoportba kerülő iskolákban egy hagyományos, életvezetési készségekre fókuszáló és az ottani állami fenntartású iskolákban általánosan elterjedt serdülőkre irányuló programot alkalmaztak.

EREDMÉNYEK

Az első csoportba került iskolák esetében a tanév végére jelentősen javult az iskolai klíma, valamint az összes fentebb említett egészséggel kapcsolatos tényező vonatkozásában közepes vagy jelentős mértékű javulás mutatkozott, míg a második és a kontrollcsoportba került iskolák esetében alig volt kimutatható változás. Vagyis azok az iskolák, ahol az egészségfejlesztő beavatkozást az iskolától független, nem pedagógus végzettségű személy koordinálta, minden mért tényező tekintetében jobban teljesítettek, mint azok az iskolák, ahol a tantestület tagja közvetítette ugyanezt a beavatkozást. A tanulmány szerzői szerint eredményeik összhangban vannak az egészségfejlesztő iskolákkal kapcsolatos eddigi kutatásokkal, vagyis egy komplex, egész iskolára kiterjedő egészségfejlesztő beavatkozás javítja az iskolai társas környezet minőségét és ezáltal hozzájárul a diákok jobb mentális egészségéhez, valamint az iskolai erőszak csökkenéséhez. Az viszont, hogy miért nem volt jelentős hatása az iskolai klímára a pedagógusok által vezetett beavatkozásnak a külső, nem pedagógus munkatársak által koordinált beavatkozáshoz képest, további vizsgálatokat igényel. Lehetséges magyarázat lehet, hogy a külső munkatársak kizárólag az egészségfejlesztő beavatkozásért voltak felelősek és nem terhelték őket a pedagógusokra nehezedő oktatási és adminisztratív feladatok. További magyarázat lehet, hogy a pedagógusok nem tudtak hatékonyan váltani az egészségfejlesztő program facilitátori szerepe és a tanárszerep között. Ugyancsak elképzelhető, hogy a diákok számára sem volt egyértelmű, hogy mikor milyen kérdésekkel fordulhatnak a beavatkozást vezető pedagógushoz, ezért összességében ezekben a beavatkozásokban sokkal kevesebb interakcióra került sor, emiatt maradhatott el a hatékonyság a külső munkatársak által vezetett beavatkozásokhoz képest.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Magyarországon jelenleg kevés törekvést találunk arra, hogy igazoltan hatékony és komplex egészségfejlesztő beavatkozások valósuljanak meg az iskolákban. Bár az iskolai egészségfejlesztésben mind a pedagógusoknak, mind az iskolaorvosoknak, iskolai védőnőknek, iskolapszichológusoknak szerepük van, az a tendencia tapasztalható, hogy egyéb feladataik és leterheltségeik miatt kevésbé tudnak aktívan részt venni az iskolai egészségfejlesztő munkában. A cikk tanulsága, hogy pontosan emiatt, hatékonyabb lehet, ha olyan személy – akár tantestületen kívüli – koordinálja az egészségfejlesztő beavatkozást, akinek kizárólag ez a feladata.

Cikkismertetés: A megvásárolt élelmiszerek tápanyagminősége a háztartások jövedelmének függvényében: SHoPPER vizsgálat

Article review: Nutrition quality of food purchases varies by household income: the SHoPPER study

Ismertető: Erdei Gergő ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Ismertetett cikk: Simone A. French, Christy C. Tangey, Melissa M. Crane et al. Nutrition quality of food purchases varies by household income: the SHoPPER study. BMC Public Health. 2019;19(1):231. doi: 10.1186/s12889-019-6546-2

Beküldve: 2019. 03. 29.
doi: 10.24365/ef.v60i2.444

Kulcsszavak: alacsony jövedelem; szegényes étrend; jövedelem; étrend minősége; élelmiszer

Keywords: lower household; poor diet; income; diet quality; food

A közleményben ismertetett SHoPPER (Study of Household Purchasing Patterns, Eating, and Recreation) keresztmetszeti tanulmány célja az volt, hogy vizsgálja az élelmiszerek minőségbeli különbségét különböző jövedelmi kategóriákhoz tartozó háztartásokban. A kutatók azt feltételezték, hogy az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező lakosok kevesebb zöldséget, gyümölcsöt és több cukorral édesített üdítőitalt vásárolnak, mint a tehetősebb lakosok.

A vizsgálatban 202 városi háztartás élelmiszervásárlásról szóló blokkjait gyűjtötték 14 napon keresztül. A vásárlási adatokat NDS-R szoftverrel elemezték, és az Egészséges Táplálkozás Indexe (Healthy Eating Index 2010, HEI) alapján értékelték. A HEI összpontszámát és az egyes alkategóriákat, valamint a különböző élelmiszerkategóriákra (pl. gyümölcsök, zöldségek, cukorral édesített italok) költött dollárokat az élelmiszerekre költött összkiadáshoz viszonyítva a háztartások jövedelme alapján értékelték.

Az alacsonyabb jövedelmű háztartásokhoz képest – figyelembe véve az iskolázottságot, a családi állapotot, a rasszt – a magasabb jövedelmű háztartásoknak szignifikánsan magasabbak voltak a HEI összpontszámai (átlag [sd] = 68,2 [13,3] vs. 51,6 [13,9], korrigált p = 0,05), magasabb volt az összes zöldségvásárlási pontszáma (átlag [sd] = 3,6 [1,4] vs. 2,3 [1,6], p <0,01) és magasabb volt a tejtermékvásárlási pontszáma (átlag [sd] = 5,6 [3,0] vs. 5.0 [3,3], p = 0,05), valamint a fagyasztott desszertek vásárlásának alacsonyabb aránya (1% [0,02] vs. 3% [0,07], p = 0,02) volt megfigyelhető.

A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az alacsonyabb jövedelemmel rendelkező háztartások kevesebb „egészséges élelmiszer” címkével ellátott terméket vásároltak a magasabb jövedelemmel rendelkező lakosokhoz képest. Az eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a jövedelem az élelmiszervásárlási szokásokon keresztül befolyásolhatja az étrend minőségét.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az alacsony jövedelemmel rendelkezők esetében bizonyos élelmiszerek (pl. zöldségek, gyümölcsök, tejtermékek) vásárlásának anyagi eszközökkel való ösztönzése - például árkedvezményekkel, kuponokkal - növelheti a lakosság körében ezen élelmiszerek fogyasztásának gyakoriságát.

Cikkismertetés: A betegségek és sérülések hozzájárulása a várható élettartam-egyenlőtlenségek fokozódásához

Article review: Contributions of diseases and injuries to widening life expectancy inequalities

Ismertető: Fromvald Tamás ✉
Nemzeti Népegészségügyi Központ

Ismertetett cikk: Bennett JE, Pearson-Stuttard J, Kontis V et al. Contributions of diseases and injuries to widening life expectancy inequalities in England from 2001 to 2016: a population-based analysis of vital registration data; Lancet Public Health. 2018 Dec;3(12):e586-e597. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30214-7

Beküldve: 2019. 03. 04.
doi: 10.24365/ef.v60i2.434

Kulcsszavak: betegség; sérülés; várható élettartam; egyenlőtlenség

Keywords: diseases; injuries; life expectancy; inequalities

HÁTTÉR

Az egyes társadalmi csoportokban várható élettartam tekintetében Angliában az 1980-as évek óta egyre nagyobb eltérést figyelhetünk meg. Annak ellenére, hogy ezek a folyamatok jól dokumentáltak, kevés információnk van arról, hogy a betegségek és sérülések miatt bekövetkező halálesetek miként befolyásolják a várható élettartamot és mennyiben járulnak hozzá az egyes társadalmi csoportok között tapasztalható élettartam-különbségekhez.
A tanulmány célja a fenti folyamatok vizsgálata volt, illetve a kutatók az eredmények alapján ajánlásokat kívántak megfogalmazni a különböző társadalmi csoportok közötti egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére, valamint informálni a döntéshozókat és a civil társadalmat.

MÓDSZER

Angliában a Nemzeti Statisztikai Hivatal tartja nyilván a népességváltozással kapcsolatos alapvető adatokat. A kutatáshoz a 2001-2016 közötti adatokat használták fel, majd azokat rétegezték nemek és ötévenkénti korcsoportok szerint. Az így kialakított csoportokat a többszörös deprivációs index (Index of Multiple Deprivation, IMD) alapján tíz jövedelmi alcsoportra, decilisekre osztották. A vizsgált időszakban bekövetkezett 7,65 millió halálesetet a betegségek nemzetközi osztályozásának kódjai (BNO) szerint kategorizálták, valamint népegészségügyi és klinikai jelentőségük szerint csoportosították. Az okspecifikus halálozási gyakoriságokat Bayes-féle statisztikai szemléletet alkalmazva becsülték meg a nemek, korcsoportok és a többszö-

rös deprivációs index alapján képzett csoportokban. Minden csoportban kiszámították a születéskor várható élettartamot – ehhez halandósági táblákat használtak –, valamint az egyes betegségekből és sérülésekből származó halálozások hozzájárulását a várható élettartam-réshez a legrászorultabb és a leggazdagabb társadalmi csoportokban – ehhez Arriga-féle módszert használtak.

EREDMÉNYEK

A leggazdagabb és a leginkább rászoruló csoport várható élettartama közötti különbség nők esetében 2001-ben átlagosan 6,1 év volt (bayesi értelemben vett 95%-os megbízhatóság: 5,9–6,2), ami 2016-ra 7,7 évre (7,7–8,1) emelkedett. Férfiak esetében is tovább nőtt a várható élettartam különbsége az egyes társadalmi csoportok között: 9,0 évről (8,8–9,2) 9,7 évre (9,6–9,9) emelkedett 2001 és 2016 között.

2011-től a várható élettartam növekedése nők esetében a harmadik, negyedik és az ötödik leginkább rászoruló rétegben megállt, a két leginkább rászoruló decilisben megfordult: 2016-ig a leginkább rászorulóknál 0,24 évvel, azaz mintegy 3 hónappal (0,10–0,37), a második leginkább rászorult rétegnél 0,16 évvel, azaz 2 hónappal (0,02–0,29) megrövidült a várható élettartam.

A 2016-os adatok szerint minden betegségtípusban és minden korosztályban magasabbak voltak a halálozási arányok a legalacsonyabb jövedelmi helyzetű csoportba tartozók körében, mint a legmagasabb jövedelemmel rendelkezők esetében. A várható élettartamban tapasztalható különbségekhez leginkább a következő tényezők járultak hozzá: az 5 éves kor alatti halálozás (főként az újszülöttkori halálesetek), a felnőttkori légzőszervi megbetegedések, szívelégtelenség, valamint tüdő- és emésztőszervi daganatok, az idősebb generációt pedig a demencia veszélyezteti leginkább.

2001-től 2016-ig a legtöbb betegségben az életkor szerint standardizált halálozási arányok csökkentek, kivéve a májrákot és a demenciát, amelyek esetében a halálozási arány minden társadalmi csoportban nőtt. 2010 után ugyancsak minden társadalmi csoportban megnőtt a sérülésekből származó halálozási arány.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A felmérésben látható élettartam-változások nemcsak a társadalmi csoportok közötti egészségegyenlőtlenségek növekedését mutatják, hanem azt is, hogy a legalacsonyabb jövedelmi csoportba tartozók várható élettartama csökkent az orvostudomány fejlődése ellenére. A várható élettartamban jelentkező egyenlőtlenségeket olyan betegségcsoportok okozzák, amelyek megelőzhetők és kezelhetők. A tanulmány eredményeit felhasználva hazánkban is elérendő célként határozhatjuk meg, hogy csökkenjen a várható élettartam különbsége a különböző jövedelmi helyzetű csoportokban.

Cikkismertetés: A haldokló baktériumok lehetővé teszik a növekedést és a túlélést mások számára antimikrobiális vegyületek felszívásával[1]

Article review: Dying bacteria allow others to survive and grow by absorbing antimicrobial compounds

Ismertető: Gajdács Márió ✉
Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Intézet

Ismertetett cikk: Mehdi Snoussi, John Paul Talledo, Nathan-Alexander Del Rosario, Salimeh Mohammadi, Bae-Yeun Ha, Andrej Košmrlj, Sattar Taheri-Araghi: Heterogeneous absorption of antimicrobial peptide LL37 in Escherichia coli cells enhances population survivability. eLife 2018;7:e38174. doi: 10.7554/eLife.38174.001

Beküldve: 2019. 02. 22.
doi: 10.24365/ef.v60i2.426

Kulcsszavak: antibiotikum; antimikrobiális peptid; rezisztencia; önfeláldozás; kísérlet

Keywords: antibiotic; antimicrobial peptide; resistance; sacrifice; experiment

A kórokozó baktériumok számos stratégiával rendelkeznek az antibiotikumok pusztító hatásának túlélésére: rezisztenciájukat többféle molekuláris mechanizmuson keresztül képesek kifejezni (többek között a szer lebontása, kipumpálása vagy a célpontjának megváltoztatása mutációk által), vagy biofilmekbe ágyazva élik túl a gyógyszerek hatását. A Princeton és a Kalifornia Állami Egyetem (CSUN) kutatóinak új eredményei rávilágítottak egy újabb lehetséges mechanizmusra: az önfeláldozásra a baktériumpopuláción belül.

Az antimikrobiális peptidek (AMP-k) természetes aminosav-alapú antibiotikumok, amelyek a többsejtű élőlények kórokozók elleni első védelmi vonalának részét képezik. Az AMP-k antibakteriális hatásmechanizmusának jellemzői a fizikai kölcsönhatásokban keresendők. Az AMP-k struktúrái két közös szerkezeti motívummal rendelkeznek: a kationos töltés és amfifil kémiai tulajdonság, amelyek a bakteriális sejtmembránnal létrejövő kölcsönhatásban játszanak szerepet. A kutatás során egy adott antimikrobiális peptiddel kezelt *Escherichia coli* baktériumok populációjára vonatkozóan a kutatók megállapították, hogy egyes haldokló sejtek nagy mennyiségben felszívják az antibiotikumot, lehetővé téve a szomszédos sejtek életben maradását és továbbnövekedését. A kutatók létrehozták az érdekelt antimikrobiális molekula módosított, zöld fluoreszcens változatát, az LL37 néven ismert peptidmolekulát, amelyet természetes körülmények között az emberi bőr, a légutak és más olyan szervek termelnek, amelyek gyakran érintkeznek a külső környezet baktériumaival. A fluoreszcens molekula mozgásának eszközös nyomon követése a baktériumpopuláción keresztül azt mutatta, hogy az

antibakteriális hatással rendelkező molekula az elpusztult sejtek egy részében felhalmozódott, és dichotóm eloszlást eredményezett a baktérium-sejtek között. A nagy sejtsűrűségű tenyészetekben két különböző alpopuláció jelent meg: egy nem növekedő/elpusztult populáció, amely mintegy felszívta a peptideket, illetve egy növekvő populáció, amely képes volt túlélésre, mert az AMP-ket más fajtársaik kötötték meg. Ez a sejtpopulációk közötti átmenet valószínűbb volt a sejtosztódási ciklusok késői szakaszában.

A kísérletet követően a kutatók kollaboráció keretében matematikai modellt is kidolgoztak a jelenség részletesebb magyarázatához. A modell az eltérő denzitású baktériumpopulációk kinetikáját írja le a különböző koncentrációjú antibakteriális szerekkel szemben: bemutatja, hogy az elpusztult sejtek magukon belül izolálják a veszélyes molekulákat, így biztosítják és előre jelzik a túlélő (perzisztáló) sejtek megjelenését és fennmaradását. Az új jelenség (amelyet a szerzők „passzív kooperációnak” neveztek el) felismerése fontos lépés, azonban továbbra is nyitott a kérdés, hogy molekuláris szinten mi is történik pontosan, ami kiváltja ezt az önfeláldozó mechanizmust.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az antibiotikum-rezisztencia globális szinten súlyos egészségügyi problémát jelent, a rezisztens kórokozók kialakulását elősegíti a nem megfelelő (szub-inhibitoros) dózisban és ideig alkalmazott terápia. Az ismertetett kísérletes közlemény alátámasztja az antibakteriális szerek megfelelő dózisú adagolásának szükségességét (a már létező antibiotikumok klinikai alkalmazását), hiszen kimutattak egy olyan további mechanizmust, amellyel a kórokozók képesek túlélni a sokszor életmentő gyógyszerek hatását. A cikk emellett számos olyan kérdést vet fel, amelynek jelentős következményei lehetnek új antibiotikumok tervezésében.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

HIVATKOZÁSOK

[1] https://elifesciences.org/articles/38174

Cikkismertetés: “Spirituális vagyok, de nem vallásos”: Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?

Article review: ‘‘I am spiritual, but not religious’’: Does one without the other protect against adolescent health-risk behaviour?

Ismertető: Maczali Katalin ✉

Ismertetett cikk: Klara Malinakova, Jaroslava Kopcakova, Andrea Madarasova Geckova, Jitse P. van Dijk, Jana Furstova, Michal Kalman, Peter Tavel, Sijmen A. Reijneveld. International Journal of Public Health 2019 doi: 10.1007/s00038-018-1116-4

Beküldve: 2019. 03. 31.
doi: 10.24365/ef.v60i2.446

Kulcsszavak: egészségkockázatos magatartás; fiatalkor; vallásos részvétel; spitirualitás; HBSC kutatás

Keywords: health-risk behaviour; adolescence; religious attendance; spirituality; HBSC study

A TANULMÁNY CÉLJA

A cikkben ismertetett tanulmány célja volt megvizsgálni a spiritualitás, illetve a vallásos részvétel (templomba járás vagy egyéb vallási szertartáson való részvétel) védőhatásait a fiatalok egészségkockázatos magatartásaival szemben, erősen szekularizált környezetben.

A 2005-2006-os HBSC kutatás egyre aggasztóbb eredményeket mutatott, miszerint a részegség gyakorisága 40%-kal növekedett mindegyik résztvevő kelet-európai országban az 1997-1998-as eredményekhez képest, főképp Csehországban, Bulgáriában, Horvátországban és Magyarországon. Így Csehországban is sürgető szükség mutatkozott a fiatalok egészség kockázatos magatartásaival szembeni védőfaktorok felkutatására.

A vallási hovatartozást tekintve Csehország speciális eset Közép-Európán belül, az ország lakosainak 76,4%-a nem tartja magát semmilyen szervezett egyházhoz tartozónak. Ezért is vélték fontosnak a spiritualitás és a vallásgyakorlás lehetséges védőszerepének megvizsgálását.

MÓDSZEREK

A kutatás mintáját (n=4566) a 2014-es HBSC vizsgálatban részt vett fiatalok képezték. A WHO-val összefogva folytatott keresztmetszeti vizsgálat célcsoportja a 11, 13 és 15 éves cseh fiatalok voltak, így országos és reprezentatív mintát vizsgálhattak. A mérés során rákérdeztek a vallásos részvételre, a spiritualitásra, dohányzásra, alkohol-, kannabisz- és egyéb drog használatra, illetve a szexuális kapcsolatok prevalenciájára.

A vallásos részvételt a „Milyen gyakran jársz templomba vagy más vallási szertartásokra?” kérdéssel mérték, és a „legalább heti egy alkalommal” választ jelölőket tekintették vallási tevékenységben aktívan résztvevőnek.

A spiritualitást a módosított Spiritualitás Jóllét Skálával mérték, ahol a válaszok hatos skálán az „egyáltalán nem értek egyet”-től (1) a „teljes mértékben egyetértek” (6) válaszlehetőségekig terjedtek, és a magasabb végső érték, magasabb spirituális jóllétet jelentett. A kategorizálás során a 34-es vagy nagyobb pontszámot elérő válaszadókat tekintették spirituálisnak, és a maradékot nem spirituálisnak.

EREDMÉNYEK

Az eredményeket tekintve, a 4566 fiatal közül mindössze 7,2% válaszolta azt, hogy heti egyszer vagy gyakrabban jár templomba. Az összes válaszadó közül 1202-en, azaz a válaszadók 26,3%-a vett részt legalább egy fajta egészségkockázatos magatartásban, a templomba nem járók 26,8-a, míg a vallási tevékenységben aktívan résztvevők (pl.: templomba járók) 19,9%-a. Erre példa, hogy az aktív vallásgyakorlók és a spirituális válaszadók kevesebb valószínűséggel dohányoznak rendszeresen, illetve a spirituális fiatalok esetében kevésbé valószínű a túlzott alkoholfogyasztás.

További eredményként mutatkozott, hogy az elmúlt havi kannabiszhasználat kissé magasabb volt a nem spirituális, de templomba járó válaszadók között, mint a nem spirituális és templomba sem járók esetében. Az egész életre szóló kábítószerhasználat prevalenciája szignifikánsan magasabb volt a nem spirituális, de templomba járóknál, mint bármely más csoportnál. Azonban a szexuális aktivitás prevalenciája jelentősen alacsonyabb volt ebben a csoportban.

Bár ez országos és reprezentatív vizsgálat volt, mégis fontos kiemelni, hogy egyrészt a vallást nem gyakorlók magas aránya (92,8%) gyengíti a vizsgálat erősségét, másrészt az információk esetleges torzulásával is számolni kell, hiszen az adatbázist a fiatalok önértékelő válaszai adták, amelyeket a társadalom elvárásainak való megfelelési kényszer befolyásolhatott.

KÖVETKEZTETÉS

A vallásosság és spiritualitás számos módon befolyásolhatja az egészségkockázatos magatartást. Először is, az egyházak sokszor hangsúlyozzák az egyén felelősségét a teste épségére vonatkozólag, és ellenzik az olyan magatartásokat, melyek árthatnak az egyénnek. Másodszor, a vallásgyakorló válaszadók szülei jellemzően jobban monitorozzák a fiatalok viselkedéseit, ami valamilyen szinten megelőzheti a nem kívánt viselkedéseket. Harmadszor pedig, a vallásos aktivitás különböző szabadidős tevékenységekkel szokott párosulni, melyek preventívek lehetnek a kockázatos magatartásokkal szemben.

Azonban az eredmények azt is mutatták, hogy az alacsony szintű spiritualitás, mely vallásgyakorlással, templomba járással párosul, kapcsolatban állhat magasabb szintű egészségkárosító magatartással. Ezek fontos kérdéseket vetnek fel ezzel a specifikus csoporttal kapcsolatban, melyet ritkán tanulmányoznak. Néhány fiatal feltételezhetőleg úgy jár templomba vagy más vallási szertartásokra, hogy ahhoz nem társul belső meggyőződés.
Feltételezhetjük, hogy a vallásgyakorlást külső, általában a család nyomásának hatására végzik. Az így átélt diszkrepancia okozhat ezeknél a fiataloknál valamilyen vágyat a lázadásra, például egészségkárosító magatartásokban való részvételre.

Vizsgálataink azt mutatják, hogy a templomba járás és spiritualitás külön-külön limitált hatással van a fiatalok egészségkockázatos magatartásaira. A spiritualitás pedig csak akkor lehet védőhatással az egészségkockázatos magatartásra, ha az aktív vallási részvétellel párosul.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A vizsgálat eredményei támogatják azt az elterjedt elképzelést, miszerint a leghatásosabb intervenciók azok, melyek a spirituális értékek internalizációjával járnak. Kamaszkorban a kortársakkal való kapcsolat erős tényező a fiatalok viselkedésének és attitűdjének befolyásolásában. Hatásos stratégia lehet ezért a fiatalok egészségkockázatos magatartásának prevenciójában, ha olyan környezetet alakítunk ki, ahol a spirituális értékeket megosztják és tisztelik a teljes csoportban, például a cserkészeknél, vagy az ifjúsági központok különböző programjai során. Fontos lehet az itthoni, fiatalokat célzó prevenciós programokat is hasonló módon, a kortárs csoport bevonásával, közös értékek megfogalmazásával és tiszteletben tartásával tervezni. Érdemes továbbá megfontolni a szülők edukálását arról a felmerülő veszélyről, hogy a fiatalok templomba járásának erőltetése, vallási meggyőződésük hiányában súlyos károkat tud okozni a gyermekek mentális fejlődésében és egészségmagatartásában.

Cikkismertetés: Légszennyezés és a gyermekek légúti megbetegedései Londonban

Article review: Air pollution and children's respiratory health in London

Ismertető: Márovics Gergely ✉
Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Ismertetett cikk: Mudway IS, Dundas I, Wood HE et al. Impact of London's low emission zone on air quality and children's respiratory health: a sequential annual cross-sectional study The Lancet Public Health Vol. 4. 2018. november 14. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30202-0

Beküldve: 2019. 02. 27.
doi: 10.24365/ef.v60i2.428

Kulcsszavak: levegőminőség; légszennyezés; légúti megbetegedés; asztma

Keywords: air quality; air pollution; respiratory disease; asthma

BEVEZETÉS

Ez a brit tanulmány azt vizsgálta, hogy van-e összefüggés a nitrogén-oxidok, a 2,5 µm-nél ($PM_{2,5}$) és a 10 µm-nél (PM_{10}) kisebb átmérőjű részecskékből álló anyagok, továbbá a tüdőfunkció, valamint a légúti és allergiás tünetek között. A $PM_{2,5}$ főleg égésből származó részecskéket takar, amik képesek lerakódni a légutakban és a tüdőben; jelentős mennyiségű egészségkárosító komponenst tartalmaznak. A PM_{10} frakció főként ásványi részecskékből áll, fő forrása városi környezetben a közlekedés által felkavart, ipari tevékenységből vagy építési munkákból származó por; tömegéhez képest kevesebb egészségkárosító anyagot tartalmaz, de a tüdőben lerakódása jelentős lehet. A tanulmány azért fontos, mert a légszennyezés miatt bekövetkező elhalálozás napjainkra a vezető halálokok közé tornázta fel magát. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) becslése szerint közel 7 millió ember korai halálát légszennyezés okozta 2012-ben. Egyes tanulmányok rámutattak, hogy a légszennyezés káros hatásai kapcsolatba hozhatók többek között a koraszüléssel, a gyermekkori asztma kialakulásával, valamint a szív- és tüdőbetegségek okozta korai halálozással is. A kutatás célja a gyermekkori légzőszervi betegségek és légszennyezés kapcsolatának vizsgálata volt, továbbá annak összehasonlítása, hogy az alacsony légszennyezettségű területeken mért eredmények különböznek-e a korábbi, rossz levegőminőségű területeken végzett vizsgálatok adataitól.

MÓDSZER

A vizsgálatba 28 olyan londoni általános iskolát vontak be, melyek közelében levegőminőségmérőállomás működik. Ezen iskolák minden 4. osztályos diákja (8-9 évesek) részt vett a vizsgálatban (202 fő az előzetes vizsgálatban, 2164 fő az 5 éves felmérésben). Az adatgyűjtést mindig télen végezték: az előzetes felmérés 2008. november és 2009. január között valósult meg, a tulajdonképpeni vizsgálat pedig 2009–2014 között, novembertől márciusig vagy áprilisig tartott. A vizsgálat ideje alatt

minden évben felmérték a diákok egészségi állapotát, tüdőfunkcióját, valamint a kutatók biológiai mintákat gyűjtöttek. A vizsgálatban részt vevő diákok nemre, korra, etnikai hovatartozására és lakcímére vonatkozó adatait az iskolák nyilvántartásából nyerték. A tanulók társadalmi-gazdasági helyzetét az összetett deprivációs index (Index of Multiple Deprivation, IMD) segítségével határozták meg. Ahhoz, hogy a vizsgálat során megbecsüljék a diákok légszennyezettségnek való kitettségét, a nitrogén-oxidok, a $PM_{2,5}$ és a PM_{10} átmérőjű részecskékből álló anyagok térképeit és óránkénti meteorológiai adatokat használtak fel a tanulmányban, az értékeket pedig súlyozták az otthon és az iskolában eltöltött idő arányával (0,884, illetve 0,156). Az egyes szennyezőanyagok átlagos koncentrációját minden esetben közvetlenül a tüdőfunkció-vizsgálat előtt számították ki. Ahhoz, hogy a légszennyezés okozta rövid és hosszú távú hatásokat külön vizsgálhassák, 3 órás (6:00–9:00, iskolakezdés előtti), 24 órás és 7 napos kategóriákra bontották a szennyezőanyagok koncentrációjának mérését. A tüdőfunkció-vizsgálathoz hörgőtágító gyógyszer beadása utáni erőltetett kilégzési másodperctérfogatot (FEV_1) és erőltetett kilégzési vitálkapacitást (FVC) mértek. A kapott eredményeket statisztikai vizsgálatnak vetették alá.

EREDMÉNYEK

2009-ben a vizsgálatban részt vevő gyerekek 99%-a élt olyan területen, ahol a nitrogén-dioxid értéke meghaladta az Európai Unió által meghatározott 40 µg/m^3 éves határértéket, 2013-ra viszont ez az arány 34%-ra csökkent. Ez idő alatt nitrogén-dioxid csökkenést tapasztaltak mind az utak mentén (medián=-1,35 µg/m^3 per év; 95%-os hitelesség mellett -2,09 – -0,61; p=0,0004), mind pedig az úgynevezett háttérterületeken (medián=-0,97µg/m^3 per év; 95%-os hitelesség mellett -1,56 – -0,38; p=0,0013), de a PM_{10}-koncentráció nem csökkent. A $PM_{2,5}$ értékek változása nem volt egyértelmű a vizsgálat ideje alatt. Nem találtak összefüggést a hörgőtágító gyógyszer beadása utáni FEV_1 értékek és a lakónegyedek éves légszennyezettségi értékei között. Az FVC eredmények fordítottan arányosak az éves nitrogén-dioxid értékekkel (medián=-0,0023 l/µg per m^3; 95%-os hitelesség mellett -0,0044 – -0,0002; p=0,033) és a PM_{10} értékekkel (medián=-0,009 l/µg per m^3; 95%-os hitelesség mellett-0,0175 – -0,0005; p=0,038).

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Habár Londonban nem tudtak összefüggést kimutatni a hörgőtágító gyógyszer beadása utáni FEV1 értékek és a légszennyezettség mértéke között, valamint az FVC és a nitrogén-dioxid értékek fordítottan arányosak voltak, az ilyen vizsgálatok mégsem haszontalanok. Hazánkban is számos tanulmány született a levegőminőség és a légzőszervi betegségek kapcsolatáról. A kialakított módszertant felhasználva, friss adatok segítségével tovább lehetne tanulmányozni az összefüggéseket.

Beszámoló az "Egészségegyenlőtlenségek Magyarországon" rendezvényről

Report of the workshop titled Health inequalities in Hungary

Szerző: Uzzoli Annamária ✉
MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézete

Beküldve: 2019. 04. 11.
doi: 10.24365/ef.v60i2.458

Kulcsszavak: egészségegyenlőtlenség; kutatási projekt; szakmai találkozó

Keywords: health inequality; research project; workshop

A Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Regionális Kutatások Intézetének (MTA KRTK RKI) Társadalmi egyenlőtlenségeket kutató horizontális műhelye[i] szervezett szakmai találkozót „Egészségegyenlőtlenségek Magyarországon" címmel 2019. április 1-én. Ennek helyszíne az MTA Humán Tudományok Kutatóháza volt Budapest IX. kerületében.

A rendezvény célja a hazai egészségegyenlőtlenségkutatások releváns eredményeinek bemutatása, valamint több tudományterületet átfogó diskurzus kialakítása volt a téma szakértői, kutatói és a téma iránt érdeklődők között. A program két nagyobb részből állt: a délelőtti szekcióban egy jelenleg zajló kutatási projekt beszámolójára került sor, míg a délutáni szekció keretében az egészségegyenlőtlenségek okainak és következményeinek, megoldási lehetőségeinek széleskörű ismertetése történt meg különböző szakterületek képviselői által.

Az egészségegyenlőtlenségek vizsgálata gazdag múltra tekint vissza az MTA KRTK kutatási témái között, a szakmai találkozó megrendezése a Műhely 2015 óta létező rendezvénysorozatába illeszkedett. A rendezvényen összesen 12 előadás hangzott el, a résztvevők és az érdeklődők száma meghaladta a 30 főt.

„A hozzáférés szerepe az egészségegyenlőtlenségekben – Egy kutatási projekt tapasztalatai" címet viselő délelőtti szekció koordinátora Uzzoli Annamária (MTA KRTK RKI) volt, aki kutatásvezetőként nemcsak felvezette és összegezte „Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségegyenlőtlenségekben Magyarországon"[ii] nevű kutatási projekttel kapcsolatos fontosabb tudnivalókat, hanem részt vett a konkrét vizsgálati eredmények prezentálásában is. Előadásai így kitértek a kutatási projekt résztvevőinek, céljainak, kérdéseinek, feladatainak és munkaszakaszainak bemutatására, valamint a legfontosabb statisztikai eredmények közlésére, illetve a kutatás keretében elvégzett esettanulmány elsődleges tapasztalatainak szintézisére is. A kutatás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg (K 119574 sz. projekt).

Az elméleti bevezető előadás során a rendezvény vendégei megismerték a kutatás elméleti hátterét („5A" modell), amelynek lényege, hogy a hozzáférés (Accessibility), az elérhetőség (Availability), az elfogadhatóság (Acceptability), a megfizethetőség (Affordability) és az elfogadhatóság (Appropriateness) összetevők több, egyidejűleg ható tényezőn keresztül befolyásolhatják az egészségügyi ellátás

[i] A horizontális műhely társadalmi és térbeli dimenziókban egyaránt vizsgálja az egyenlőtlenségeket.
[ii] A kutatási projekttel kapcsolatos további információk itt érhetők el: egeszsegugyihozzaferhetoseg.wordpress.com

minőségét. A kutatás az ún. kevert módszertan alkalmazására épül, vagyis a kvantitatív és kvalitatív vizsgálati technikák kiegészítő jelleggel, magyarázó egymásra épülés során segítik a kutatási kérdések megválaszolását és a kutatási feladatok megvalósítását.

Az empirikus vizsgálatokban az egészségegyenlőtlenségek mérésére és a hozzáférés feltételeinek értelmezésére az akut szívinfarktus hazai megbetegedési és halálozási helyzetének feltárásával és az ellátás körülményeinek értékelésével került sor. A statisztikai vizsgálatok fő eredményei bizonyították az alapvető ellentmondásokat:

1) az akut szívinfarktus halálozási aránya ugyan jelentősen javult hazánkban, de még mindig igen magas a nyugat-európai országokhoz képest,
2) a heveny szívinfarktus halálozási arányának csökkenése ellenére sem mérséklődött jelentősen a szívinfarktus-megbetegedések aránya,
3) az európai szinten magas megbetegedési és halálozási arányszámok az országon belül számottevő területi különbségekkel párosulnak,
4) a területi különbségek az elmúlt években részben növekedtek.

A 2018 során Békés megyei egészségügyi intézményekben készült félig strukturált interjúk tapasztalatai információkat szolgáltattak az ellátáshoz való hozzáférés intézményi és egyéni befolyásoló tényezőiről. Legfontosabb megállapítás az volt, hogy az infrastrukturális egészségfejlesztések (pl. szívkatéteres központ létrehozása) lényeges javulást eredményez az infarktus utáni rövidtávú túlélési esélyekben, ugyanakkor a hosszú távú felépülés szempontjából még nagyobb hangsúlyt kell fektetni az eredményes rehabilitációra, pl. a betegoktatás erősítése révén.

Beke Szilvia (Gál Ferenc Főiskola Egészség- és Szociális Tudományi Kar) a Békés megyei helyi esettanulmány tapasztalatait ismertette előadásában, melyben kifejezetten az életmódváltás lehetőségeit és akadályait mutatta be. Tanulmányának egyik legfontosabb eredménye rávilágított arra, hogy az infarktuson átesett betegek számára nagy nehézségeket jelent a tartós életmódváltás, ami meghatározza hosszú távú túlélési esélyüket. Szintén fontos következtetése volt, hogy az integrált ellátás feltételeinek horizontális fejlesztése nagymértékben hozzájárulhat a rehabilitáció eredményességéhez. Ennek egyik lehetséges formája lehet a háziorvosi praxisközösség kiterjesztése a kistelepülések egészségügyi alapellátásában.

Az empirikus kutatások adalékául szolgált Pál Viktor (Szegedi Tudományegyetem Természettudományi és Informatikai Kar Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, SZTE TTIK GTF TSZ) által végzett tartalomelemzés, amely a hazai egészségegyenlőtlenségek csökkentésével kapcsolatban kialakult diskurzusok megismerésére irányult. Kvalitatív vizsgálatai felvetették azt az alapvető egészségpolitikai dilemmát, hogy a gazdasági racionalizálás és a progresszivitással együtt járó térbeli koncentráció, illetve a méltányos, mindenki számára területileg is hozzáférhető egészségügy kialakítása mennyire valósítható meg egyszerre. Néhány esettanulmány segítségével áttekintést adott arról is, hogy az elmúlt években a területi ellátás átszervezései, illetve új szempontok szerinti megszervezése hosszú távon hogyan szolgálhatják az ellátáshoz való hozzáférés javítását.

A kvalitatív vizsgálatok eredményeit egészítette ki Kovai Cecília (MTA KRTK RKI), aki a szakirodalomfeldolgozás tapasztalatainak segítségével érintette a hozzáférés néhány társadalmi kérdését, elsősorban az esélyek/esélytelenségek vonatkozásában. A szakirodalmi előzmények alapján felhívta a figyelmet arra, hogy a társadalmi igazságosság érvényesülése az egészségügyi ellátásban különösen fontos szempont a hátrányos helyzetű, főként etnikai csoportok egészségi állapotának javításában. Szintén fontos következtetés hangzott el abban a tekintetben, hogy a hátrányos helyzetű területeken nemcsak a hozzáférés feltételeinek megteremtése járulhat hozzá az egészségegyenlőtlenségek csökkenéséhez, hanem az egyének és csoportok szociokulturális sajátosságainak előtérbe helyezése is.

A kutatás résztvevőinek előadásai után Uzzoli Annamária összegezte az elért eredményeket és tapasztalatokat, majd a releváns következtetések tükrében olyan szakpolitikai javaslatokat tett, amelyekben érvényesíthetőek az ellátásszervezés területi optimalizációs szempontjai. Ennek egyik példája lehet az életmód-tanácsadásban a lakóhelyi adottságok érvényesítése, hisz város-vidék relációban alapvető különbség van az egészséges életmóddal kapcsolatos társadalmi normákban, szokásokban, lehetőségekben. A záró előadás egyúttal a kutatás aktuális feladatainak bemutatására is kitért, amely ismertette a jelenleg zajló szakértői interjúk főbb célkitűzéseit.

Az érdeklődők és a meghívott vendégek számos kérdést fogalmaztak meg a délelőtti szekció végén, amelyek többek között a statisztikai vizsgálatokba bevonható indikátorokra, az interjútapasztalatok további feldolgozására, a társadalmi egyenlőtlenségekre vonatkozó értékelési szempontok erőteljesebb érvényesítésére, valamint az eredmények szakpolitikai hasznosítására vonatkoztak. A kérdések megválaszolását Nagy Erika (MTA KRTK RKI) moderálta.

Az „Egészségegyenlőtlenségek – okok, következmények, magyarázatok, megoldások" című délutáni szekció keretében különböző tudományterületek és egészségügyi szakterületek képviselői tartottak elméleti és gyakorlatorientált előadásokat az egészségegyenlőtlenséget érintő problémákról.

Kiss Norbert (Budapesti Corvinus Egyetem) témája részben kapcsolódott a délelőtt folyamán bemutatott kutatási projekthez, ugyanis kvantitatív módszerrel a teljesítményvolumen-korlát[iii] hatását elemezte a szívkatéteres beavatkozások alkalmazási gyakoriságára. A hatásvizsgálat több hasznos módszertani lehetőséget ismertetett, egyúttal felhívta a figyelmet a hasonló vizsgálatok korlátaira is. Legfontosabb eredménye, hogy a teljesítmény-volumen-korlát megszűntetése után összességében nőtt az elvégzett szívkatéteres beavatkozások aránya az országban: elsősorban a katéterlaboroktól távolabb lakók részesültek nagyobb arányban ellátásban. A változások pozitív egészséghatásai (kórházi halálozás, visszavételi arány) rövidtávon még nem láthatók.

Az egészségegyenlőtlenségek okai és csökkentésük lehetőségei témakörben Csizmadia Péter (Nemzeti Népegészségügyi Központ, NNK) tartott áttekintést a fogalmi magyarázatok és kutatási irányzatok interpretálásán keresztül. Az előadás egyéb más között vázolta a kulturális tőke vagy az innováció szerepét az egyenlőtlenségek kialakulásában, valamint magyarázta az egészségben tapasztalható különbségeket a pszichoszociális elmélet vagy az életút-megközelítés alapján. Köztudott, hogy az egészségegyenlőtlenségek a társadalmi rétegződés következményei és nemcsak a közvetítő rizikófaktorok eredményei. Tény, hogy a jóléti államoknak sem tudták az anyagi és nem anyagi erőforrásokhoz való hozzáférésben jelentkező egyenlőtlenségeket kiküszöbölni, így az egészségegyenlőtlenségek megváltoztatása is radikálisabb újraelosztással lehetséges.

Az egészségegyenlőtlenségek csökkentésének egyik „eszköze" lehet az egészségfejlesztési irodák hálózata Magyarországon, amelyek új vagy inkább újszerű szereplői a népegészségügynek – emelte ki előadásában Szőke Katalin (NNK). A 117 egészségfejlesztési iroda többsége jelen támogatási rendszerben elsősorban a mentális egészség fejlesztésével foglalkozik. Tevékenységük révén cél az egészségi állapot javítása, a 65 év alatt bekövetkező halálozás csökkentése, és így az egészségegyenlőtlenségek mérséklése.

Bíró Anikó (MTA KRTK KTI, Egészség és Társadalom Lendület-csoport) az egészségügyi kiadásokban megjelenő egyenlőtlenségeket tanulmányozta hazai adminisztratív adatok alapján Prinz Dániellel (Harvard University) közösen. A járó-és fekvőbetegellátás kiadásai, illetve a vényköteles gyógyszertámogatás segítségével elemezték a munkapiacon aktív lakosság körében a jövedelmi helyzet és az egészségügyi kiadások közti kapcsolatot, valamint annak területi különbségeit. A Bíró Anikó által prezentált eredmények bizonyították, hogy akár 77%-os különbség is lehet a legnagyobb és legkisebb kiadással rendelkező megyék között az egy főre jutó járóbeteg-szakellátási kiadásban, valamint azt is, hogy a jövedelem növekedésével az egészségügyi kiadások finanszírozása nem csak országos, hanem megyei szinten is nő, amely összefüggésnek további részletes vizsgálata a jövő feladata.

A magyarországi egészségügyi szakemberek migrációjának médiareprezentációja volt a fő témája Ilcsikné Makra Zsófia (SZTE TTIK GTF TSZ) előadásának, amelyben egy nemrég kezdődött kutatási projekt előzetes eredményeit adta közre. Az egészségügyi szakemberek külföldön történő munkavállalásának, országon belüli mobilitásának, illetve magánszektorba való vándorlásának az online médiában megfogalmazott okait és részbeni következményeit vizsgálta a tartalomelemzés módszerével, leginkább a térbeli-földrajzi tényezők megjelenésén keresztül. Egyik figyelemre méltó megállapítása, hogy a média értelmezésében a

[iii] A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hazánkban 2004-ben került bevezetésre az egészségügyi ellátás jobb finanszírozhatóságának és tervezhetőségének érdekében. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő az egészségügyi szolgáltatók által a járóbeteg- és fekvőbeteg-szakellátás keretén belül elvégzett beavatkozásokat éves szinten, havi bontásban számolja el a szolgáltatók felé, azaz finanszírozza a betegellátás költségét. Az adott szolgáltató számára előzetesen megállapított TVK-n felül végzett beavatkozások költsége a szolgáltatót terheli.

lokalitás szerepe elenyésző magyarázó tényező a jelenség létezésében.

Végül a konferencia hallgatósága ismételten aktívan vett részt az előadókhoz intézett kérdésekben, amelyek az egészségfejlesztési irodák lehetőségeire, a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok egészségfejlesztési kihívásaira, vagy az egészségügyi szakemberek migrációjának következményeire irányultak.

Összességében elmondható, hogy a szakmai találkozó lehetőséget adott az egészségegyenlőtlenségek különböző szempontú megközelítéseinek megismerésére, a résztvevők közötti párbeszéd folytatására, és a kapcsolati háló megerősítésére.

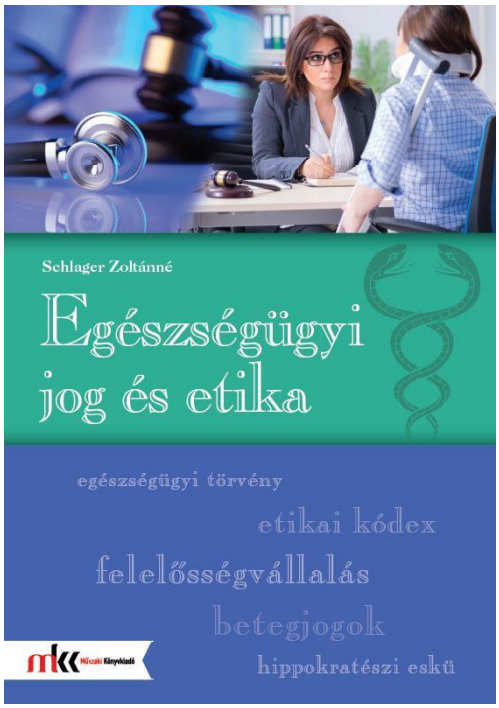
Szakmai etika és jog

Law and Ethics in Healthcare

Szerző: Schlager Zoltánné

Új kiadvánnyal bővült az online egészségügyi tankönyvek kínálata. Az Egészségügyi jog és etika című könyv betekintést ad a magyar jogrendszer felépítésébe, a jogalkalmazásba. Ezután részletesen ismerteti az egészségügyi törvény fejezeteit, köztük a betegjogokat és a betegjogi képviselő feladatait, valamint az egészségügyi szakdolgozókkal kapcsolatos elvárásokat. Kitér a felelősségteljes munkavégzés gyakorlatára, az egészségügyi adatok kezelésére, valamint az etikai alapelvekre. Feltárja a leggyakoribb etikai dilemmákat és lehetséges megoldásaikat. Rámutat az Etikai Kódex sajátosságaira, és tájékoztat a MESZK etikai bizottságának tevékenységéről is.

A könyv elérhető a www.okkonyvek.hu oldalon.



Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2019 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

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

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

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

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 2016-2019 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogászhallgatók körében
Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei
Gabnai Zoltán, Müller Anetta, Bács Zoltán, Bácsné Bába Éva

A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés
Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Éva

A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai
Tánczos Zoltán, Bognár József

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

Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018
Virág Márk

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

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

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

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

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

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 észlelt 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 2016-2019 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

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

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

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

Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018
Virág Márk

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

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

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

A családi tradíció szerepe a kisdedek és 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 2016-2019 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 2016-2019 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

Új globális kezdeményezés –gyermekegészségügyi információt mindenkinek!
Kovács Zsuzsanna

Cikkismertetés: Egy dán egészségtámogató iskolai intervenciós program megvalósulásának értékelése
Varga-Nagy Veronika

A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés
Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Év

Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogászhallgatók körében
Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata
Végh Balázs, Bíró Éva

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

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

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

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