

Az Egészségfejlesztés tervei a 2022-es évre

Our plans for 2022

Az Egészségfejlesztés szerkesztősége változatlan lelkesedéssel indítja a 2022-es évet. Idén a megszokott 4 lapszám mellett egy különszám is készül, melyben a felhívásunk alapján a publikálást vállaló magyarországi Egészségfejlesztési Irodák számolnak be tapasztalataikról, jó gyakorlataikról.

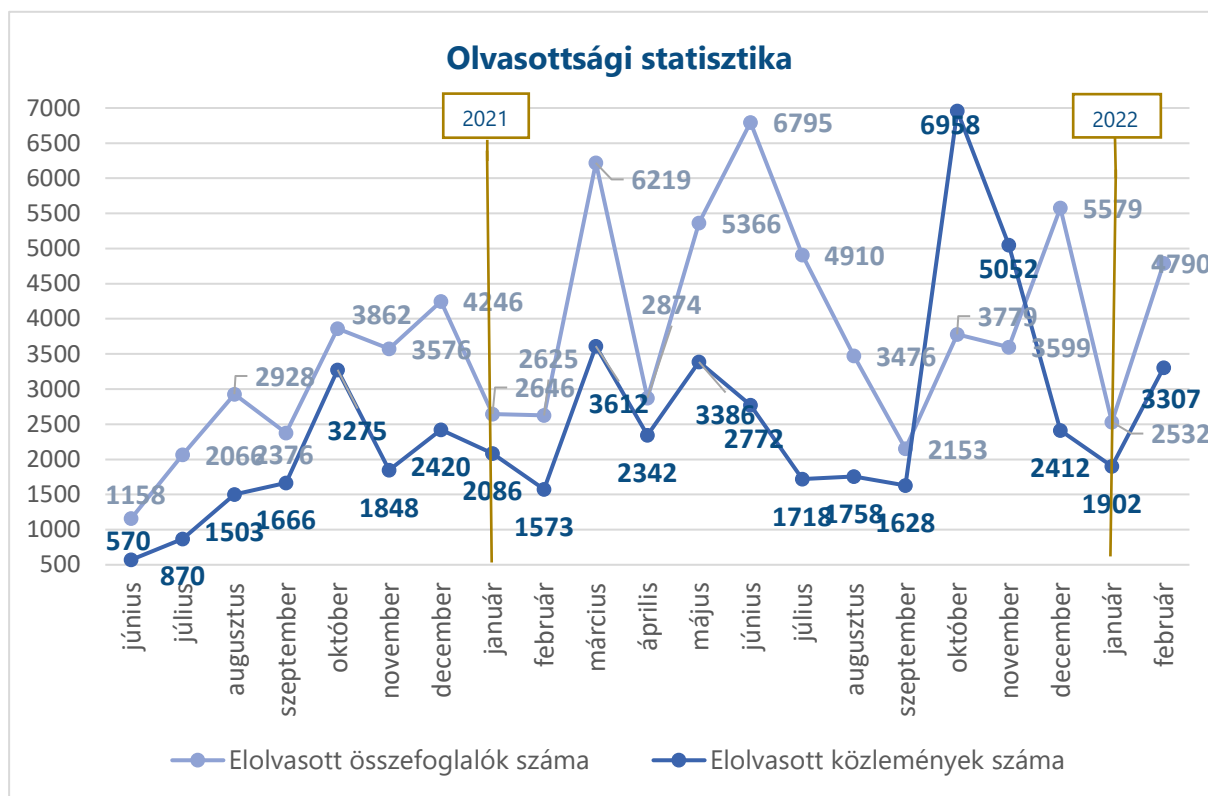
Az idei évben szeretnénk elérni, hogy még több doktori iskola elfogadja a lapban megjelenő közleményeket, valamint hogy a lap bekerüljön az egyik legnagyobb tudományos kiadó, az Elsevier által működtetett Scopus nemzetközi adatbázisába. A lap tartalmi és formai megjelenését is ennek megfelelően fejlesztjük tovább. Hamarosan változik a Szerzői útmutató is, a fenti célokkal összhangban.

A szerkesztőséghez érkező kéziratok magas száma miatt szerkesztőségünk bővült, két-két új szerkesztő és olvasószerkesztő csatlakozott csapatunkhoz.

Az olvasottsági statisztikákat és a TOP10-es listákat a megszokott formában ismertetjük. Az „Érdekesség” ranglistán négyszer is szerepelnek a tavalyi 4. lapszámában megjelent írások, ráadásul az első két helyen az „Online first”, azaz előzetesen megjelent cikkek állnak.

Szívesen vesszük a lappal kapcsolatos olvasói véleményeket, visszajelzéseket, megtehetik ezt [Facebook-oldalunkon](#), vagy [e-mailben](#), továbbá kézirat formájában a „Hozzászólások” rovatban.

Egészségfejlesztés szerkesztőség



Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
ÖSSZEFOGLALÓ			
1632	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1414	Az egészségműveltség definíciói	Csimadia P	2016. 3.
1414	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1367	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
1299	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
1273	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
1232	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1146	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
1127	A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével	Szabó Cs, Pukánszky J, Kemény L	2020. 4.
901	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3.
TELJES KÖZLEMÉNY			
4193	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2450	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
2080	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
2066	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1873	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1475	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1306	Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból	Feith JH	2018. 5.
1230	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
1190	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1074	Egészségfejlesztés Évf. 48. Szám 5-6. (2007)		
"ÉRDEKESSÉG"			
24,43	Központi Statisztikai Hivatal: Egészségügyi helyzetkép, 2019	Vitrai J	2022. előzetes
8,43	Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021	Vitrai J	2022. előzetes
3,84	Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja	Horváth et al.	2021. 4.
2,32	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1,88	Az emberi szervezetben élő baktériumok klinikai jelentősége a gyakorlatban	Fekete et al.	2021. 4.
1,72	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1,65	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,64	Cikkismertetés: Valóban működik az egészséges választási architektúra a szupermarketekben?	Juhász AE	2021. 4.
1,27	Időskorúak mentális egészségét befolyásoló tényezők	Pukánszky J, Szabó Cs, Lantos K	2021. 2.
1,25	Cikkismertetés: A Kiváltságok Éremmodellje és a Kritikus Szövetséges - Az egészségre gyakorolt hatások (fordítás)	Vitrai J, Tarkó K	2021. 4.

Serdülőkorú diákok társas kapcsolatainak elemzése a viselkedésváltoztatást célzó beavatkozások támogatásához

Analyzing the social networks of adolescent students to support behavior change interventions

Szerzők: Varsányi Péter, Tóth Gergely, Vokó Zoltán
Kulcsszavak: viselkedésváltoztatás; serdülők; iskolai osztályok; társas kapcsolatok; hálózat kutatás
Keywords: behavior change; adolescents; school classes; social relations; network analysis

Beküldve: 2021. 10. 02., doi: [10.24365/ef.v63i1.7401](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7401)

Összefoglaló

Bevezetés: Az utóbbi időben egyre nagyobb figyelem irányul a viselkedésváltoztatás lehetőségeire. Mivel a fiatalkorban kialakuló viselkedési minták egész életen keresztül meghatározók maradnak, így ez a korcsoport kiemelt célcsoportja kell, hogy legyen ezen beavatkozásoknak. Az iskolai osztályok felépítésének és az osztályon belüli kapcsolatok minél részletesebb megismerése elengedhetetlennek tűnik a sikeres viselkedésváltoztatási beavatkozásokhoz. Kutatásunk célja hazai serdülőkorú fiatalok iskolai osztályközösségeinek hálózat kutatási módszerekkel való elemzése a célzottabb viselkedésváltoztatási beavatkozások támogatásához.

Módszertan: Kutatásunk a 2015-ben készített Egészségkommunikációs Felméréshez kapcsolódik, ahol a résztvevő 7. osztályosok (13–14 évesek) egy almintáján az osztályközösségek szerkezetét vizsgáló adatgyűjtés is kivételre került 40 osztály 680 tanulójának részvételével. Elemzésünk során elsőként arra kerestük a választ, hogy a diákok közötti viszonyokat vizsgáló kérdésekre adott válaszok mennyiben átfedőek, lehet-e azok alapján az osztályban jelen lévő különböző társas kapcsolati hálókra vonatkozóan következtetéseket levonni. Megvizsgáltuk továbbá, hogy a felméréshez használt kérdőívben szereplő kérdések száma redukálható-e tisztán információs értelemben, ezzel is gyorsítva és segítve a jövőbeni adatfelvételt.

Eredmények: A kérdések hálózatalapú csoportosítása során három, egymástól jól elkülöníthető kérdés-csoportot sikerült detektálnunk: az elutasításra, a népszerűsége és a szimpátiára vonatkozó kérdéseket. Ezen kérdések mentén a vizsgált osztályokban három teljesen különböző társas kapcsolati hálózat rajzolható fel. Eredményeink szerint a kutatáshoz használt 29 kérdésből álló kérdőív használatával előállított információ mennyiség reprodukálhatósága már 10 kérdés esetén is 90%-os, 15 kérdéssel pedig 95%-os lehet.

Következtetések: Eredményeink alapján a serdülőkre fókuszáló viselkedésváltoztatást célzó iskolai beavatkozások tervezése esetében elégségesnek tűnik egy rövidített kérdőívvel, az osztályokban jelenlévő három különböző társas kapcsolati hálózatból csupán azt feltérképezni, amely a beavatkozás megvalósítása szempontjából releváns. Így kevesebb adatfelvétellel és egyszerűbb elemzéssel célzottabb beavatkozásokat lehet tervezni és megvalósítani, ami vélhetően a beavatkozás sikerességét is növeli.

Summary

Background: Recently, there has been increasing attention directed towards understanding behavior change. The behavior patterns formed at younger ages determine later choices throughout one's life, therefore this age group can be the main target of interventions aiming at behavior change. Better understanding of the social connections between classmates seems to be essential for successful interventions. The aim of this study is to analyze the social networks of school classes among Hungarian adolescents with network analysis methods to support more targeted behavior change interventions.

Methodology: The study links to the 2015 Healthstyle Survey, where the data collection on the social connections in classes was also carried out with 680 7th graders (13-14 years old) from 40 classes. First, we tried to create plausible clusters of the questions and analyze what conclusions could be drawn from them about the different social networks that are present in a class. We also examined whether the number of questions in the questionnaire used for the survey could be reduced in a purely informational sense, thus speeding up and assisting future data collection.

Results: We were able to detect three distinct groups of questions: questions on rejection, popularity, and sympathy. Along these questions, three completely different social networks form in a class. Also, according to our results, the reproduction of the information collected by using the 29-question questionnaire, could be 90% with only 10 questions and 95% with 15 questions.

Conclusion: Based on our results, when designing school interventions for adolescent-focused behavior change, it seems sufficient to map only one from the three social networks present in a class with an abbreviated questionnaire. Thus, with less data collection and simpler analysis, more targeted interventions can be designed and implemented, which is likely to increase the success of the behavior change intervention.

BEVEZETÉS

Az utóbbi időben egyre inkább a figyelem középpontjába kerül a nemzetközi szervezetek és fejlett országok részéről is a viselkedésváltoztatás megismerése (OECD Global Science Forum, 2009; Sousa Lourenco, Ciriolo, Rafael Rodrigues Vieira De Almeida, & Troussard, 2016). Mivel a fejlett országokban a legnagyobb egészségveszteségek az egészségmagatartással hozhatók összefüggésbe (Murray et al., 2020), ezért a viselkedésváltoztatás az elmúlt években kiemelt figyelmet kapott a népegészségügy területén is. Ennek egyik megnyilvánulása a viselkedésértés (*behavior insight*), azaz a viselkedépszichológia jellemzőinek tudatos felhasználásának előtérbe kerülése a (szak)politikai döntéshozatali folyamatokban (Taller & Csizmadia, 2016). Ehhez azonban az egyén szintjén túl elengedhetetlen megismerni a közösségek tulajdonságait, tagjainak attitűdjeit, szokásait, valamint a közösségek kapcsolódási hálózatait, a tagok egymáshoz fűződő viszonyait is. A téma szakértői úgy vélik, hogy a kapcsolati hálózatok jobb megértése lényeges lépés lehet egy igazságosabb társadalom megteremtéséhez, és olyan társadalompolitikák kidolgozásához, amelyek az egészségügytől kezdve a gazdaságig mindent képesek átfogni (Christakis & Fowler, 2009).

Köztudott, hogy a fiatalkorban kialakuló magatartási minták, viselkedések egész életen keresztül meghatározóak maradnak, így ez a korcsoport lehet az egyik fő célcsoportja a viselkedésváltoztatást célzó beavatkozásoknak (Beal,

Ausiello, & Perrin, 2001). Mint ahogyan azt számos kutatás is kimutatta, iskoláskorúak esetében az idő előrehaladtával a kortárs csoportok hatása, a társak befolyása erősebbé válik, mint a szülőké, ezért érdemes ezeket a kapcsolatokat vizsgálni, jobban megismerni (Valente, Hoffman, Ritt-Olson, Lichtman, & Johnson, 2003). Az iskolásokat befolyásoló társas kapcsolatok feltérképezéséhez a szociometriai vizsgálatok (Merei, 2006), valamint a manapság egyre jobban előtérbe kerülő hálózatkutató módszerek (*social network analysis, SNA*) adnak lehetőséget (Grunspan, Wiggins, & Goodreau, 2014; Jones 2006). Habár a két módszer alapja azonos, mindkettő a megfigyelési egységek egymáshoz való kapcsolataiból indul ki, azonban számos eltérés figyelhető meg céljaikban, adatgyűjtési módszereikben és kutatási eredményeik felhasználásában (Jones, 2006):

- I. A szociometriai kutatások elsődleges célja mindig egy közösség fejlesztése, így maga a kutatás is arra irányul, hogy felmérje a csoporton belüli személyes kapcsolatokat és interakciókat, továbbá lehetőséget adjon azok alakítására és befolyásolására. Moreno szerint a szociometriai kutatások célja a mindennapok során felmerülő kérdések, problémák kiértékelése, átbeszélése révén fejleszteni egy csoport tagjainak képességeit (J. L. Moreno, 1953). Fontos eleme a csoporttagok belső tudatosságának alakítása is, amely által nő a csoport morálja és összetartása (Z. T. Moreno, 2000). A szociometriai kutatás alapján átbeszélhetik, ki kit miért jelölt meg, meghallgathatják egymás

indokait és észrevételeit, továbbá válaszolhatnak a velük szemben megfogalmazott esetleges kritikákra.

- II. Ezzel szemben Valente, Gallaher és Mouttapa (2004) szerint az SNA lényege, hogy a kutatók vizuális és matematikai módszerek, számítógépes programok segítségével megértsék, a kapcsolatok miként befolyásolhatják egy egyén és egy csoport viselkedését, de az SNA akár élettelen megfigyelési egységek közötti kapcsolódások vizsgálatát is lehetővé teszi.
- III. Míg a szociometriánál a kutatási kérdések olyan témákra irányulnak, amik potenciálisan foglalkoztatják és befolyásolják az egész közösséget, addig az SNA esetén a kérdések bármilyen, a kutatás szempontjából relevánsnak tűnő dimenzióra irányulhatnak és nem szükséges a közösségi dimenzió értelmezése.
- IV. Míg a szociometriai vizsgálatoknál fontos szempont, hogy ne válasszák el az emocionális válaszokat az akcióktól és a gondolatoktól, ez az SNA esetében sok esetben sokadlagos szempont, gyakran el is marad. Így az SNA főként a pozitív és neutrális kapcsolatokat hivatott feltérképezni, ami azt jelenti, hogy csupán a hálózat egy részének feltérképezését biztosítja. A szociometria szakértői szerint azonban a negatív és neutrális válaszok ignorálása nem lehet opció, azokat is fel kell tudni dolgozni.
- V. Míg az SNA esetében legtöbbször irreleváns a szociális és kulturális összetevő figyelembevétele, addig a szociometriai vizsgálatokban ezek alapvetőek (Jones, 2006).

Kutatásunk célja hazai serdülőkorú fiatalok iskolai osztályközösségeinek hálózat kutatási módszerekkel való elemzése, az osztályon belüli társas kapcsolatok részletesebb megismerése, ezáltal segítve a célzottabb viselkedésváltoztató programokat. A kutatás eredményei alapján javaslatot teszünk egy iskolások körében használható, egyszerű és gyors adatelemzési módszer alkalmazására, amely segítséget nyújthat a viselkedésváltoztatást célzó beavatkozások hatékonyságának növelésében.

MÓDSZERTAN

Adatfelvétel

A kutatás az Országos Egészségfejlesztési Intézet által 2015-ben készített Egészségkommunikációs Felméréshez kapcsolódik, melynek során 5., 7., 9. osztályos tanulók és a felnőtt lakosság egészséggel kapcsolatos információkeresési és magatartási szokásait vizsgálták (Balku et al., 2017; Járomi, Szűts, & Vitrai, 2016). A fiatalok osztályon belüli társas kapcsolatainak részletesebb megismeréséhez és így az iskolai viselkedésváltoztató programok támogatásához a résztvevő 7. osztályosok egy almintáján az osztályközösségek szerkezetét vizsgáló adatgyűjtés is kivitelezésre került. A 7. osztályosok kiválasztását az indokolta, hogy a három lehetséges évfolyam közül itt volt feltételezhető a legstabilabb osztályközösségi struktúra, mivel az 5. és a 9. évfolyamon gyakran új osztályok alakulnak, ahol még nem teljesen stabil és meghatározott az osztályközösség felépítése. Szintén a 7. évfolyam mellett szólt, hogy ebben az életkorban (13–14 év) kifejezetten jellemző a szülői mintakövetéstől való eltávolodás és ezzel egyidőben a kortárshatások magatartásra gyakorolt szerepének felértékelődése (Hair, Moore, Garrett, Ling, & Cleveland, 2008; Have & Ghail, 2008). Az osztályok kiválasztásánál kiemelt szempont volt, hogy valamennyi iskolatípus képviseltetve legyen, azonban a minta országos reprezentativitása nem volt elsődleges cél. Az adatgyűjtésben 40 iskola egy-egy osztálya vett részt, összesen 680 tanuló.

Az osztályközösség szerkezetének megismeréséhez egy 29 kérdésből álló kérdőív került kidolgozásra, melyet két próbakérdés tapasztalatait figyelembe véve véglegesítettünk. A kérdőív összeállítása során figyelembe vettük Jacob Moreno és Mérei Ferenc iskolai osztályközösségek szociometriai vizsgálatával kapcsolatos munkásságát (Mérei, 2006), valamint hasonló korú gyermekek esetében használt SNA kérdőíveket is (Blanchet & James, 2012; Grunspan et al., 2014). Arra törekedtünk, hogy a Mérei-féle többszempontú szociometriában használt értelmezési szempontokról (úgy mint rokonszenv, bizalom, funkció, igazságosság, érvényesülés, képeség, társas helyzet), valamint az SNA-hoz

általunk meghatározott értelmezési szempontokról (rokonszenv, bizalom, információáramlás, népszerűség) is képet kaphassunk a kérdőív segítségével. [

1. melléklet]

A számos elérhető tapasztalat alapján az egyes szociometriai kérdésekre megadható osztálytársak számát ötben korlátoztuk, azaz a diákok minden kérdés esetén legfeljebb öt társukat jelölhették meg anonim módon, függetlenül attól, hogy a megjelölt tanuló kitöltötte a kérdőívet, vagy sem. A szociometriai felmérés az iskolájukban felkeresett gyerekek csoportos, önkitöltős kérdőíves kikérdezése útján történt 2015 júniusában, a lekérdezés időkerete 45 perc volt. A felmérésben való részvétel önkéntes volt és csak szülői beleegyezés megléte esetén került rá sor.

Elemzés

Az adatelemzések az R program 3.0.2.-es verziójával készültek (R Development Core Team, 2013), a hálózati elemzésekhez az igraph csomagot használtuk (Csardi & Nepusz, 2006).

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy a diákok közötti viszonyokat feltáró, szakirodalom alapján feltett kérdések mennyiben átfedőek, a rájuk adott válaszok alapján lehet-e ésszerű csoportokat képezni ezen kérdésekből. Ehhez először egy olyan hálózatot definiáltunk, ahol a csomópontokat az egyes kérdések jelentették, míg a köztük lévő élek súlyát az egyes kérdésekre adott átfedő válaszok aránya határozta meg. Tehát például, ha két eltérő kérdésre a válaszadók nagyon hasonló személyeket jelöltek meg, akkor a két kérdés között erős kötés jött létre, míg ha teljesen eltérő személyeket jelöltek, akkor egyáltalán nem jött létre kötés a változók között. A változók közötti csoportosulások azonosítását — vagyis, hogy mely kérdések bírnak hasonló jelentéssel — hálózat kutatási eszközökkel hajtottuk végre ún. nem felügyelt, azaz tisztán adatalapú megközelítéssel. Ehhez az igraph csomagban elérhető random network walk módszert alkalmaztuk. Ennek lényege, hogy relatíve sűrűn kapcsolt alhálózatokat próbál találni a hálózatban végzett véletlenszerű „séták” alkalmával, azaz hálózati klaszterelemzést végez (Pons & Latapy, 2006). Ez az eljárás képes csoportosítani az egymással

hasonló tartalmú változókat, de egyben el is tudja választani egymástól ezen eltérő csoportokat. A hálózatalapú csoportképzés érvényességét egy hagyományosnak nevezhető, azaz távolság-alapú megközelítéssel (hierarchikus Ward-féle klaszterezés) is ellenőriztük, amely eljárás a hálózati megközelítéshez nagymértékben hasonló változóstruktúrákat azonosított (Ward, 1963). A klaszterelemzések eredményeként jól interpretálható és grafikusán is ábrázolható változócsoportok váltak azonosíthatóvá.

Elemzésünk második fázisában arra kerestük a választ, hogy az adatgyűjtésben szereplő kérdések száma csökkenthető-e tisztán információs értelemben. Azaz mennyiben hordoznak redundáns információt az egyes kérdések, hogyha célunk a diákok közötti hálózat struktúrájának minél kevesebb kérdés általi reprodukálhatósága. Ehhez a válaszadó diákok közötti hálózatot klasszikus megközelítésben értelmeztük, azaz a csomópontok az egyes diákok, az élek pedig a diákok közötti kapcsolatok voltak, amely kapcsolatok az osztályközösségek szerkezetére vonatkozó kérdésekből származtak. A kapcsolat meglétének nem volt feltétele a kölcsönösség, azaz akkor is létrejött egy él, ha csak az egyik fél jelölte be a másikat. Az elemzéshez olyan információmaximalizáló eljárást alkalmaztunk, amely során a lehetőségek szerinti minimális változószám mellett az eredeti információmentesség minél nagyobb hányada kinyerhető. Az elemzés fő kérdése itt tehát az volt, hogy hány változó bevonása révén lehetséges az eredeti kapcsolathálótól szignifikáns módon nem eltérő hálózat megalkotása.

EREDMÉNYEK

Elemzésünkhöz 40 osztály 680 tanulójának válaszait használtuk fel. Az osztályközösségek szerkezetének vizsgálatához kialakított, korábbi szakirodalmi tapasztalatokra alapuló kérdőívre kapott válaszok elemzése alapján megállapítható, hogy kutatásunk során az osztályokban azonosítható társas hálózatokat meghatározó értelmezési szempontok száma elmaradt a kérdőív kidolgozása során elvárt számtól. Az 1. ábraát megvizsgálva látható, hogy a hálózatalapú klaszterezési eljárással csupán három, egymástól elkülöníthető kérdéscsoportot sikerült detektálnunk. Az 1. ábra A részén látható

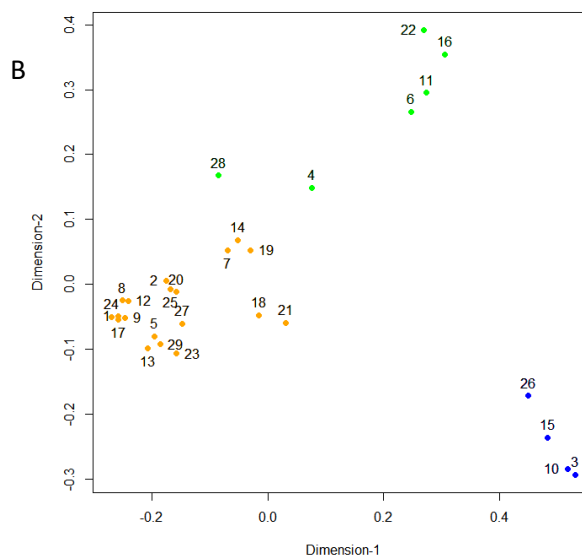
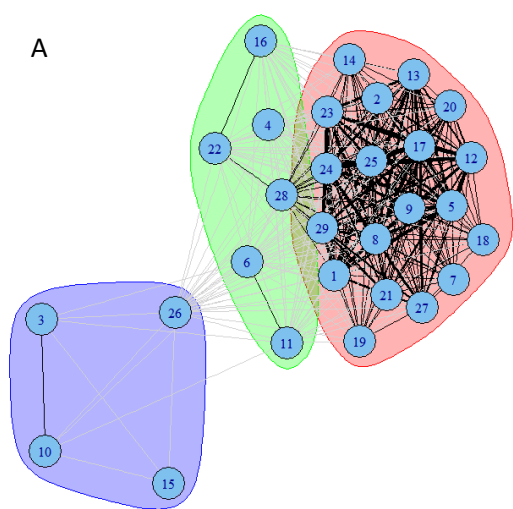
kékkel jelölt csoportba olyan kérdések tartoznak, amelyek az osztályközösségen belüli elutasítást vizsgálják, a zöld csoportba azok, amelyek a népszerűsége, míg a legnagyobb piros csoportba az egyéni szimpátiára vonatkozó kérdések. A kérdőív 29 kérdése esetén a vizsgált osztályokban tehát csak három, az osztályokban jelen lévő társas hálózatokat rendező tényező, értelmezési szempont jelent meg, függetlenül attól, hogy a kapott válaszok értékeléséhez milyen módszert választottunk. [1. ábra B rész]

Az egyes klaszterekbe tartozó kérdések alapján tehát egy osztályról háromféle, egymástól lényegesen elkülönülő hálózat rajzolható fel, azaz egy osztályon belül három, egymástól lényegesen elkülönülő társas kapcsolati hálózat létezik. [2. ábra] Az elkülönített három kérdéscsoport további részletezésére és szétválasztására, alcsoportra bontására is kísérletet tettünk, azonban az eredményül kapott három csoport homogén egységet alkot, további alcsoportokra nem bontható.

1. ábra:

A: Az osztályközösség szerkezetének megismerését célzó kérdések súlyozott, nem irányított hálózati ábrája. (A csomópontok számozása megegyezik az 1. mellékletben szereplő kérdések sorszámaival. A kapcsolatok súlyozása a kérdésekre adott átfedő válaszok alapján történt. A gráf elrendezése: force-directed placement [Fruchterman & Reingold, 1991]. Kékkel az elutasításra, zölddel a népszerűsége, pirossal a szimpátiára vonatkozó kérdéscsoportok jelölve.)

B: Az egyes kérdések közötti távolságok megjelenítése 2D-ben kifeszített síkon, többdimenziós skálázás módszerrel. (Az ábrán szereplő számozás megegyezik az 1. mellékletben szereplő kérdések sorszámaival. Kékkel az elutasításra, zölddel a népszerűsége, pirossal a szimpátiára vonatkozó kérdéscsoportok jelölve.)

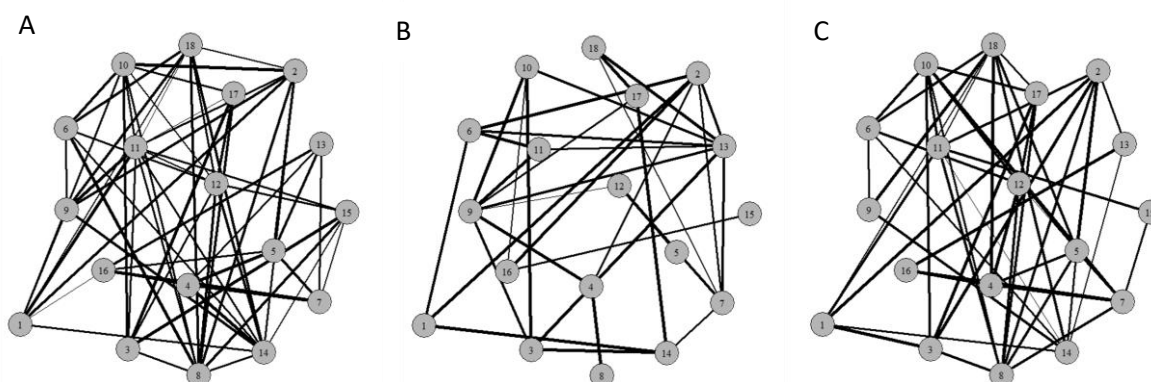


Forrás: saját szerkesztés

Ahogy az **Hiba! A hivatkozási forrás nem található.** 1. táblázatból is látható, a kérdőív segítségével előállított információ több mint 50%-a csupán három, az előzőekben bemutatott kérdéscsoportok mindegyikéből származó egy-egy kérdés felhasználásával reprodukálható lenne. Megfigyelhető továbbá, hogy a feltett 29 kérdésből már 10 kérdés esetén 90%-os

reprodukálhatósági szint érhető el, míg 15 kérdéssel 95%-os, 25 kérdéssel pedig 99%-os. Tehát míg az általunk összeállított kérdőív 15 kérdése révén 95%, addig a maradék 14 kérdésre érkezett válaszok alapján csupán 5%-nyi további információ érhető el a teljes hálózati struktúrához viszonyítva.

2. ábra: Egy kiválasztott osztály társas kapcsolatainak hálózata a szimpátia (A), az elutasítás (B), és a népszerűség (C) kérdéscsoportok alapján.



Forrás: saját szerkesztés

1. táblázat: A kérdőív segítségével nyert információ tartalom reprodukálásához használt hierarchikus lefutás egyes lépései a modellhez való hozzáadott értékével és a modell magyarázó erejével. Kékkel jelölve az elutasításra, zölddel a népszerűségre, pirossal a szimpátiára vonatkozó kérdéscsoportba tartozó kérdések.

Lépés száma	A modellbe bevont kérdés	Hozzáadott érték	Modell magyarázó ereje
1	Kiket hívnál meg legszívesebben, ha születésnapit bulit rendeznél?		29,2%
2	Kiknek a viselkedése zavar legjobban?	16,4%	45,6%
3	Szerinted kik a legnépszerűbbek az osztályotokban?	9,9%	55,5%
4	Az osztály valamelyik ünnepi műsorát kik tudnák legjobban megszervezni?	7,6%	63,1%
5	Kiknek a születésnap bulijára NEM mennél el biztosan?	7,3%	70,4%
6	Szerinted kik a legcikisebbek az osztályotokban?	4,7%	75,1%
7	Viselkedésükkel, vicceikkel kik tudnak legjobban megnevettetni?	4,4%	79,6%
8	Kik azok, akiktől a leghamarabb tudod meg az osztályon belüli híreket?	3,5%	83,1%
9	Kik a legjobb barátaid az osztályban?	2,5%	85,6%
10	Kik azok, akik tőled kérnének segítséget, ha elakadnának a házi feladat megoldásában?	2,2%	87,8%
11	Kiknek vannak a legmenőbb cuccai az osztályban?	2,0%	89,8%
12	Ha a tanárnőt vagy a tanárt kihívják egy óráról, szerinted kik tudnának legjobban rendet tartani az osztályban?	1,9%	91,7%
13	Ha neked kellene megszervezni az iskolai ballagást, kiket kérnél meg, hogy segítsenek?	1,3%	93,1%
14	Kiktől kérdeznéd meg, melyik filmet érdemes megnézni?	1,1%	94,2%
15	Kik azok, akiktől elfogadnál segítséget, ha bajba kerülnél?	0,8%	95,0%
16	Kikkel kerülsz leggyakrabban konfliktusba?	0,8%	95,8%
17	Szerinted kik tudnának téged lelkesíteni?	0,7%	96,5%
18	Szerinted kik védenének meg, ha valamelyik osztálytársad bántana?	0,6%	97,1%

19	Kik mellé ülnél legszívesebben egy buszos, vagy vonatos osztálykiránduláson?	0,5%	97,6%
20	Kikkel váltasz naponta többször üzenetet például a Facebookon, e-mailen, Viberen vagy Skype-on?	0,5%	98,1%
21	Ha valakivel összevesznél, kik tudnának titeket kibékíteni?	0,3%	98,4%
22	Kik bíznak meg benned annyira, hogy elmeséljék, ha a családjukban valami baj történt?	0,3%	98,7%
23	Kikkel tartanád továbbra is a kapcsolatot, ha holnaptól másik iskolába kellene járnod?	0,3%	99,0%
24	Kik azok, akiknek a véleményére leginkább adsz?	0,3%	99,2%
25	Kikkel töltöd a legtöbb időt a tanítás után?	0,2%	99,5%
26	Kiknek újságnád el először, ha bejutnál egy tehetségkutató műsorba vagy megnyernél egy versenyt?	0,2%	99,6%
27	Kikkel szoktál tanórán kívül együtt tanulni?	0,1%	99,8%
28	Kik azok, akik ha bajba kerülnének, biztosan téged hívnának segítségül?	0,1%	99,9%
29	Kik azok, akikkel egy féltett titkot is megosztanád?	0,1%	100,0%

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Neves hálózatkutatók szerint egy közösségen belül annyiféle kapcsolati hálózat létezik, ahányféle társadalmi kötelék van (Christakis & Fowler, 2009). Így jogosan merül fel a kérdés, hány különféle, a viselkedésváltoztatás szempontjából lényeges alhálózatot lehet definiálni egyes közösségekben. Kutatásunk során olyan módszertant vizsgáltunk, amely alkalmas lehet ennek a kérdésnek a megválaszolására és így a célzottabb viselkedésváltoztatás támogatására. Eredményeink alapján három jól elkülöníthető alhálózat figyelhető meg a vizsgált korosztályban: az elutasításon, a népszerűsége és a szimpátián alapuló hálózatok.

Tehát lényegesen más társas kapcsolati háló rajzolódik ki a diákok egyéni szimpátiája, elutasítása vagy népszerűsége esetében, amely fontos információ lehet egy, a serdülők társas kapcsolatait is felhasználó beavatkozás során (Varsányi, Tóth, Vitrai, & Vokó, 2022). Mivel a vizsgálati minta nem feltétlenül képviseli a magyar serdülők korosztályát, ezért a kapott eredmények nem általánosíthatók. Mindenképpen figyelemreméltó azonban, hogy a kapott három alhálózat, többféle statisztikai módszerrel vizsgálva is azonos és nem bontható további egységekre. Az eredmény azért is érdekes, mert a kérdőív kidolgozása során áttekintett szakirodalmi

források alapján ennél több alhálózatra és hálózati rendezőelvre számítottunk, amelyeket további elemzések során sem tudtunk igazolni. Ennek

lehetséges okait kutatásunk nem vizsgálta, de vélhetően a szociometria és az SNA közötti különbségek, a serdülők megváltozott szocializációs közege és az idők során megváltozott társadalmi szokások, jellemzők (pl. polarizáltság erősödése) is hozzájárulhatnak ezen rendezőelvek csökkenéséhez. Eredményeink alapján tehát egy, erre a korcsoportra fókuszáló iskolai beavatkozás tervezéséhez elégségesnek tűnik a három alhálóból csupán a szükségeset feltérképezni és az alapján előkészíteni a beavatkozást, ezzel is egyszerűsítve a tervezést és remélhetőleg fokozva a beavatkozás hatásosságát. Ha tehát a népszerű egyéneket szeretnénk bevonni egy beavatkozásba, elég csupán az arra specifikus kérdéseket lekérdezni, ugyanígy, ha a negatív hangadókat szeretnénk megismerni, vagy ha a baráti kapcsolatokat szeretnénk felhasználni.

Tovább egyszerűsítheti a bemutatott módszer alkalmazását, hogy az általunk használt 29 kérdésből álló kérdőívvel összegyűjtött információ mennyiség túlnyomó többsége sokkal kevesebb kérdéssel is reprodukálható. A feltett 29 kérdésből már 10 kérdés esetén 90%-os, míg 15 kérdéssel 95%-os reprodukálhatósági szint érhető el. Ennek tükrében egy 10, maximum 15

kérdésből álló kérdőív is elégséges eredményt szolgáltatna, amely nem csupán az adatfelvétel idejét rövidítheti le, hanem az eredmények kiértékelését is átláthatóbbá tenné, ezáltal javítva a módszer használhatóságát. Felmerülhet, hogy eredményeink csupán azt bizonyítják, hogy a kérdőív nem megfelelően összeállított, azonban az elvégzett statisztikai próbák eredményei abba az irányba mutatnak, hogy vizsgálatunk eredménye inkább látszik a vizsgált osztályok egyfajta közös jellemzőjének, mintsem módszertani hibának. A vizsgálat reprezentatív módon történő megismétlése azonban szükségszerűnek látszik a kapott eredmények általánosítása előtt.

KÖVETKEZTETÉSEK

Jelen publikációban bemutatott módszer alkalmas lehet a serdülőkorúak osztályközösségi

sajátosságait is figyelembe vevő, célzottabb viselkedésváltoztatási programok tervezésének és megvalósításának támogatásában. A bemutatott módszerrel azonosíthatók azok az osztályokban jelen lévő társas kapcsolati hálózatok, amelyek célzottabb viselkedésváltoztatási programok támogatását teszik lehetővé. Eredményeink alapján mindenképpen kívánatosnak tűnik a hálózati megközelítés alkalmazása a viselkedésváltoztatással kapcsolatos tudományterületen, azonban nyilvánvaló, hogy további vizsgálatok szükségesek eredményeink általánosíthatósága érdekében. Bízunk benne, hogy a fentebb bemutatotthoz hasonló, komplex elemzési módszerekkel támogatott elemzések hozzásegíthetik a szakembereket a viselkedésváltoztatás problémájának részletesebb megértéséhez, és az így nyert információk mindennapi munkában történő felhasználásához.

Információk a szerzőkről:

Varsányi Péter, Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola, Budapest, dr.varsanyi.peter@gmail.com
 Tóth Gergely, Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Társadalom- és Kommunikációtudományi Intézet, Budapest
 Vokó Zoltán, Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola, Budapest; Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ, Budapest

HIVATKOZÁSOK

- Balku, E., Tóth, G., Nárai, E., Zsiros, E., Varsányi, P., & Vitrai, J. (2017). Methodology for identification of healthstyles for developing effective behavior change interventions. *Journal of Public Health (Germany)*, 25(4), 387–400. doi: [10.1007/s10389-017-0799-y](https://doi.org/10.1007/s10389-017-0799-y)
- Beal, A. C. A., Ausiello, J., & Perrin, J. M. J. (2001). Social influences on health – Risk behaviors among minority middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 28(6), 474–480. doi: [10.1016/S1054-139X\(01\)00194-X](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00194-X)
- Blanchet, K. & James, P. (2012). How to do (or not to do) ... a social network analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 27(5), 438–446. doi: [10.1093/heapol/czr055](https://doi.org/10.1093/heapol/czr055)
- Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2009). *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. Little, Brown.
- Csardi, G. & Nepusz, T. (2006). The igraph software package for complex network research. *InterJournal, Complex Sy*, 1695. <http://igraph.org>
- Fruchterman, T. M. J. & Reingold, E. M. (1991). Graph drawing by force-directed placement. *Software: Practice and Experience*, 21(11), 1129–1164. doi: [10.1002/spe.4380211102](https://doi.org/10.1002/spe.4380211102)
- Grunspan, D. Z., Wiggins, B. L., & Goodreau, S. M. (2014). Understanding classrooms through social network analysis: A primer for social network analysis in education research. *Cell Biology Education*, 13(2), 167–178. doi: [10.1187/cbe.13-08-0162](https://doi.org/10.1187/cbe.13-08-0162)
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., & Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-

- adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 187–200. doi: [10.1111/j.1532-7795.2008.00556.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2008.00556.x)
- Hawe, P. & Ghali, L. (2008). Use of social network analysis to map the social relationships of staff and teachers at school. *Health Education Research*, 23(1), 62–69. doi: [10.1093/her/cyl162](https://doi.org/10.1093/her/cyl162)
- Járomi, É., Szűcs, E., & Vitrai, J. (2016). Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése. *Egészségfejlesztés*, 57(2), 34–50. doi: [10.24365/ef.v57i2.47](https://doi.org/10.24365/ef.v57i2.47)
- Jones, D. (2006). Sociometry and social network analysis: Applications and implications. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, 76. http://aanzpa.org/system/files/ANZPA_Journal_15_art10.pdf
- Mérei, F. (2006). *Közösségek rejtett hálózata*. Osiris.
- Moreno, J. L. (1953). *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and sociodrama*. Beacon House Inc.
- Moreno, Z. T. (2000). *The function of 'tele' in human relations*. In Zeig, J. (Ed.), *The evolution of psychotherapy: A meeting of the minds* (pp. 289–301). Erickson Foundation Press
- Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abegaz, K. H., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abualhasan, A., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., Adabi, M., ... Lim, S. S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. doi: [10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- OECD Global Science Forum (2009, September). *Report on applications of complexity science for public policy: New tools for finding unanticipated consequences and unrealized opportunities*. [Workshop report]. OECD Global Science Forum 2009, Erice, Italy.
- Pons, P. & Latapy, M. (2006). Computing communities in large networks using random walks. *Journal of Graph Algorithms and Applications*, 10(2), 191–218. doi: [10.7155/jgaa.00124](https://doi.org/10.7155/jgaa.00124)
- R Development Core Team. (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Sousa Lourenco, J., Ciriolo, E., Rafael Rodrigues Vieira De Almeida, S., & Troussard, X. (2016). *Behavioural insights applied to policy: European report 2016*. Publications Office. doi: [10.2760/707591](https://doi.org/10.2760/707591)
- Taller, Á. & Csizmadia, P. (2016). Viselkedésértés – A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban. *Egészségfejlesztés*, 57(2), 55–61. doi: [10.24365/ef.v57i2.39](https://doi.org/10.24365/ef.v57i2.39)
- Valente, T.W., Gallaher P., & Mouttapa, M. (2004). Using social networks to understand and prevent substance use: A transdisciplinary perspective. *Substance Use & Misuse*, 39(10–12), 1685–1712. doi: [10.1081/ja-200033210](https://doi.org/10.1081/ja-200033210)
- Valente, T. W., Hoffman, B. R., Ritt-Olson, A., Lichtman, K., & Johnson, C. A. (2003). Effects of a social-network method for group assignment strategies on peer-led tobacco prevention programs in schools. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1837–1843. doi: [10.2105/ajph.93.11.1837](https://doi.org/10.2105/ajph.93.11.1837)
- Varsányi, P., Tóth, G., Vitrai, J., & Vokó, Z. (2022). Associations between classroom networks and health behaviour of adolescents. *Journal of Public Health*. doi: [10.1007/s10389-021-01690-z](https://doi.org/10.1007/s10389-021-01690-z)
- Ward, J. H. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58(301), 236–244. doi: [10.1080/01621459.1963.10500845](https://doi.org/10.1080/01621459.1963.10500845)

MELLÉKLET

1. melléklet: Az iskolai osztályközösségek felépítését célzó kérdőív kérdései és azok szakirodalmi adatok alapján valószínűsített szociometriai és hálózat kutatási értelmezési szempontjai

Sorszám	Kérdések	Szociometria	Hálózat-kutatás
1	Kik a legjobb barátaid az osztályban?	Rokonszenv	Rokonszenv
9	Kik mellé ülnél legszívesebben egy buszos, vagy vonatos osztálykiránduláson?	Rokonszenv	Rokonszenv
27	Kikkel váltasz naponta többször üzenetet például a Facebookon, e-mailen, Viberen vagy Skype-on?	Rokonszenv	Információ-áramlás
5	Kik azok, akikkel egy féltett titkot is megosztanád?	Bizalom	Bizalom
12	Kik azok, akiktől elfogadnál segítséget, ha bajba kerülnél?	Bizalom	Bizalom
23	Kik azok, akik ha bajba kerülnének biztosan téged hívnának segítségül?	Bizalom	Bizalom
18	Kik azok, akik tőled kérnének segítséget, ha elakadnának a házi feladat megoldásában?	Képesség	Rokonszenv
21	Kikkel szoktál tanórán kívül együtt tanulni?	Képesség	Rokonszenv
14	Ha valakivel összevesznél, kik tudnák titeket kibékíteni?	Közösség	Népszerűség
20	Szerinted kik védenének meg, ha valamelyik osztálytársad bántana?	Közösség	Bizalom
3	Kiknek a viselkedése zavar legjobban?	Magatartás	Népszerűség
19	Viselkedésükkel, vicceikkel kik tudnak legjobban megnevettetni?	Magatartás	Népszerűség
26	Kikkel kerülsz leggyakrabban konfliktusba?	Magatartás	Rokonszenv
11	Szerinted kik a legnépszerűbbek az osztályokban?	Népszerűség	Népszerűség
15	Szerinted kik a legcikisebbek az osztályokban?	Népszerűség	Népszerűség
6	Kiknek vannak a legmenőbb cuccai az osztályban?	Státusz	Népszerűség
4	Kik azok, akiktől a leghamarabb tudod meg az osztályon belüli híreket?	Szervezés	Információ-áramlás
22	Az osztály valamelyik ünnepi műsorát kik tudnák legjobban megszervezni?	Szervezés	Népszerűség
28	Ha neked kellene megszervezni az iskolai ballagást, kiket kérnél meg, hogy segítsenek?	Szervezés	Népszerűség
2	Szerinted kik tudnának téged lelkesíteni?	Vezetés	Népszerűség
16	Ha a tanárnőt vagy a tanárt kihívják egy óráról, szerinted kik tudnának legjobban rendet tartani az osztályban?	Vezetés	Népszerűség
25	Kik azok, akiknek a véleményére leginkább adsz?	Vezetés	Rokonszenv
13	Kik bíznak meg benned annyira, hogy elmeséjék, ha a családjukban valami baj történt?	-	Bizalom
7	Kiktől kérdeznéd meg, melyik filmet érdemes megnézni?	-	Információ-áramlás
8	Kiket hívnál meg legszívesebben, ha születésnap bulit rendeznél?	-	Rokonszenv
10	Kiknek a születésnap bulijára NEM mennél el biztosan?	-	Rokonszenv
17	Kiknek újságnád el először, ha bejutnál egy tehetségkutató műsorba vagy megnyernél egy versenyt?	-	Rokonszenv
24	Kikkel tartanád továbbra is a kapcsolatot, ha holnaptól másik iskolába kellene járnod?	-	Rokonszenv
29	Kikkel töltöd a legtöbb időt a tanítás után?	-	Rokonszenv

A kisgyermeknevelői munkakörből eredő fizikai megterhelések kapcsolata az izom- és csontrendszer területein megjelenő problémákkal

Relationship between physical stress related to the scope of working activities in early childhood education and problem areas in musculoskeletal system

Szerzők: Jagodicsné Szőke Szilvia, Karácsony Ilona
Kulcsszavak: kisgyermeknevelő; izom- és csontrendszer; rendellenesség; fájdalom
Keywords: early childhood educator; musculoskeletal system; disorder; pain

Beküldve: 2021. 10. 23., doi: [10.24365/ef.v63i1.7465](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7465)

Összefoglaló

Bevezetés: A kisgyermeknevelői hivatás egyaránt próbára teszi a szakemberek testi és lelki egészségét. Munkavégzésük során naponta többször megemelnék egy-egy gyermeket valamely gondozási feladat elvégzése céljából, illetve az egyéb tevékenységekkel együtt járó guggolások, lehajlások, térdelések ugyancsak terhelhetik a mozgásszerveket, ezek pedig együttesen elváltozások és fájdalmak kialakulásához vezethetnek az érintett területeken. Kutatásunk célja az volt, hogy képet kapjunk a kisgyermeknevelők testi egészségi állapotáról, valamint az azt befolyásoló kockázati tényezőkről.

Módszertan: Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunkra 2020-ban online szakmaspecifikus felületeken került sor. Heti 40 órában, bölcsődében dolgozó kisgyermeknevelőket szólítottunk meg (N = 279) a Holland Váz-, izomrendszeri Kérdőív és saját készítésű mérőeszköz segítségével. Statisztikai elemzésünkhöz korrelációs számítást (Pearsons, Spearman) $p \leq 0,01$ szignifikanciaszinten, illetve t-próbát és ANOVA próbát alkalmaztunk $p \leq 0,05$ értéket tekintve szignifikánsnak.

Eredmények: A kisgyermeknevelők körében az izom- és csontrendszeri fájdalmak különböző régiókat érintve napi rendszerességgel vannak jelen. A hát felső részében és a derékban minden nap tapasztalt fájdalmat a válaszadók 31,53%-a, a nyak területén 18,13%-a, a vállában 16,96%-a, és a térdében pedig 21,43%-a, ami a munkaévek számának növekedésével párhuzamosan emelkedett ($r = 0,29$, $p = 0,001$). A kisgyermeknevelők munkavégzése során a megmozgatott súly mértéke ($t(241) = -0,18$, $p = 0,06$), a kényelmetlen testhelyzet-változtatások ($F(3, 273) = 2,91$, $p = 0,03$) egyaránt kapcsolatot mutattak a test különböző pontjain jelentkező fájdalmak erősségével.

Következtetések: A kisgyermeknevelők körében azonosított mozgató szervrendszert érintő fájdalmak és ergonómiai kockázati tényezők magas előfordulási gyakorisága cselekvést vár el. A munkahelyi egészségfejlesztés erősítése, a rizikótényezők azonosítását követő célirányos stratégiák kidolgozása szükséges. A kisgyermeknevelőknek segítséget jelenthetne, olyan speciális tornafoglalkozások megszervezése, ahol a szakemberek gyakorlati ismereteket szerezhetnek a mozgásszervi panaszok kivédésére és enyhítésére.

Summary

Background: The profession of early childhood educator challenges both the somatic and mental status of experts. During their scope of working activities, they are required to lift children in order to taking care of them besides crouching, bending down, kneeling mean further burden on their organs of locomotion which may cause pain and deformation of the areas previously referred to. The aim of this research is to acquire clear picture of the health conditions and the related influential risk factors of early childhood educators.

Methodology: Quantitative and cross-sectional research carried out in 2020 in an online profession specific platform. Early childhood educators, working 40 hours a week, were questioned (N = 279)

applying Dutch Musculoskeletal Questionnaire and a purpose made surveying instruments. For statistical analysis, correlation analysis (Pearsons, Spearman) ($p \leq 0.01$), T-test and ANOVA test were applied ($p \leq 0.05$).

Results: Muscular and osseous system related pain, affecting various body parts, is present on a daily basis among early childhood educators. 31.53% of the responders experienced pain in their back and the upper part of their waist, 18.13% in the areas of their neck, 16.96% in their shoulder and 21.43% in their knee, which increases parallel with the number of working years ($r = 0.29$, $p = 0.001$). Throughout their work the extent of weight lifting ($t(241) = -0.18$, $p = 0.06$), the shifts in inconvenient bodily positions ($F(3, 273) = 2.91$, $p = 0.03$) show correlation with the intensity of the pain in different parts of their body.

Conclusion: Actions expected due to high prevalence of risk factor with regard to the identified pains related locomotive system among early childhood educators. Reinforcing health education, following the identification of risk factors, the appropriate strategy shaping is required. Arranged special therapeutic gymnastics, where the experts could acquire practical knowledge to avoid and alleviate locomotive complaints, would mean help to early childhood educators.

BEVEZETÉS

A csecsemő- és kisgyermeknevelő szakma azon pedagógushivatások közé tartozik, amelyben az ember teljes személyiségével részt vesz a rábízt gyermekek nevelésében és gondozásában. A szakemberek szellemileg, fizikailag és lelkileg is adnak magukból azért, hogy munkájukban a kitűzött és elvárt feladatokat egyaránt legjobb tudásuk szerint végezzék el.

A pedagógusok körében előforduló mozgásszervi megbetegedések a leggyakoribb foglalkozás-egészségügyi problémák közé sorolhatók mind a fejlett, mind a fejlődő országokban. Nemzetközi és hazai viszonylatban is egyre több kutatás foglalkozik a pedagógusok testi-lelki egészségével, ennek kapcsán az izom- és csontrendszer állapotával, annak megbetegedéseivel (*musculoskeletal disorders, MSD*) a nyak- és / vagy vállfájdalom (*neck and / or shoulder pain, NSP*) és a derékfájás (*low back pain, LBP*) előfordulási gyakoriságával. Korábbi tanulmányok eredményei szerint a tanárok mintegy 25–95%-a szenved izom- és csontrendszeri fájdalomtól, ami teljesítményromláshoz, gyakori betegszabadsághoz vezet, és negatívan befolyásolja életminőségüket. A mozgásszervi problémák legmagasabb arányban a nyak, a váll és a derék területén alakulnak ki, általában több régiót érintve (Althomali, Amin, Alghamdi, & Shaik, 2021; Ojukwu et al., 2021; Vega-Fernández, Lera, Leyton, Cortés, & Lizana, 2021; Elias, Downing, & Mwangi, 2019; Kebede, Abebe, Woldie, & Yenit, 2019; Solis-Soto, Schön, Solis-Soto, Parra, & Radon, 2017; Zamri, Moy, & Hoe, 2017; Karakaya,

Karakaya, Tunç, & Kıhtır, 2015; Ceballos & Santos, 2015; Yue, Liu, & Li, 2012; Dilek & Ilker, 2012; Erick & Smith, 2011). A mozgásszervi elváltozások megjelenése tekintetében differenciáló tényezőnek bizonyul az iskola típusa és földrajzi elhelyezkedése. Mohseni Bandpei, Ehsani, Behtash, & Ghanipour (2014) 586 fős kutatásukban azt tapasztalták, hogy a középiskolai tanárok nagyobb arányban érintettek a deréktáji problémák vonatkozásában, mint az általános iskolai tanárok. Egy bolíviai felmérésben ($N = 1062$) a vidéki területeken dolgozó tanárok esetében lényegesen nagyobb esély mutatkozott az MSD következményeként fellépő fájdalmak okozta teljesítménycsökkenésre (Solis-Soto et al., 2017).

Elsődlegesen azonosított kockázati tényezőnek számít a tanári pályán eltöltött idő (Ojukwu et al., 2021; Kebede et al., 2019; Mohseni Bandpei et al., 2014; Erick & Smith, 2011), az életkor (Ojukwu et al., 2021; Amit & Malabarbas, 2020; Ceballos & Santos, 2015; Mohseni Bandpei et al., 2014), a női nem (Althomali et al., 2021; Elias et al., 2019; Kebede et al., 2019; Ceballos & Santos, 2015; Karakaya et al., 2015; Erick & Smith, 2011), a magasabb testtömegindex (Vega-Fernández et al., 2021; Kraemer, Moreira & Guimarães, 2020; Mohseni Bandpei et al., 2014), a dohányzás (Althomali et al., 2021), az alacsonyabb fizetési csoportba való tartozás (Amit & Malabarbas, 2020), a munkahelyi pszichoszociális tényezők (Elias et al., 2019; Zamri et al., 2017; Ceballos & Santos, 2015; Mohseni Bandpei et al., 2014) és az alacsony vezetői támogatás (Elias et al., 2019). A mozgásszervi elváltozások a testi panaszok

megjelenése mellett negatív hatást gyakorolnak az életminőségre (Vega-Fernández et al., 2021), illetve kedvezőtlenül befolyásolják az általános egészségérzetet (Karakaya et al., 2015; Dilek & Ilker, 2012), a mentális egészséget (Vega-Fernández et al., 2021; Ceballos & Santos, 2015), továbbá együttjárást mutatnak a szorongással (Zamri et al., 2017), a depresszióval (Dilek & Ilker, 2012) és az alvászavarral (Kebede et al., 2019). A tanárok válaszai alapján az MSD tünetei összefüggésben állnak emésztési, keringési, légzési és hangszalagproblémákkal (Ceballos & Santos, 2015). Kraemer et al. (2020) vizsgálatában a pedagógusok mozgásszervi panaszai mellett az ergonómiai kockázati tényezőket is felmérték. A válaszadók 72%-a csekély ergonómiai ismeretről számolt be, 68%-a pedig azt mondta, hogy nem alkalmazza ezen elveket mindennapi életében. Megállapították, hogy a kedvezőtlen ergonómiai körülmények kapcsolatot mutattak a tanárok egészségi problémáival. Erick és Smith 2011-es tanulmányukban leírták, hogy az óvodapedagógusok a munkafeladatok széles skáláját végzik, tartós mechanikai terhelésnek vannak kitéve a hajlogtatás és a gyermekek ölben tartása során. Ennek következtében az óvodapedagógusok körében fokozott a nyakat, a vállat, a kart és a hátat érintő elváltozások előfordulása. A folyamatos és tartós térdelés, lehajlás, guggolás alsó végtagi MSD megjelenését eredményezi.

A pedagógusok egészségi állapotára irányuló kutatások és felmérések többnyire az általános és középiskolai tanárok között történtek, de egyre inkább figyelembe kerülnek az óvodapedagógusok is. A kisgyermeknevelői szakmát ugyan 2016 óta sorolják a pedagógushivatások közé, ám az ő egészségi állapotukkal kapcsolatban elenyésző számú publikáció született, ezért is kiemelt jelentőségű ebben a témában Fináncz és Csima 2019-es kutatása. Vizsgálatukat az inspirálta, hogy képet kapjanak a koragyermek-kori nevelésben dolgozók egészségi állapotáról és egészségmagatartásáról. A testi egészség tekintetében megállapították, hogy a válaszadók 60%-a küzd valamilyen krónikus betegséggel, amelyek közül kiemelkedik a derék- és hátfájás, a nyaki fájdalom, az ízületi porckopás, valamint a magasvérnyomás-betegség. Az eredményekből kiderült, hogy a vizsgált csoport a derék- és hátfájás, valamint a nyaki- és gerincfájdalmak tekintetében veszélyeztetettnek minősül, a megkérdezettek 35,8%-a érintett. Ezzel szemben a

teljes magyar női lakosság mindössze 9%-ának okoz egészségvesztést az izom- és csontrendszer valamilyen elváltozása (Varsányi & Vitrai, 2017). E professzió egyaránt próbára teszi a kisgyermeknevelők testi és lelki egészségét (Fináncz, Nyitrai, Podráczky, & Csima, 2020). A bölcsődébe járó gyermekek életkori sajátosságaik révén az önállóságra nem, vagy csak részben képesek. Az őket ellátó felnőttek naponta többször megemelik a gyermekeket a gondozási feladatok elvégzése során (etetés, pelenkacseré, öltöztetés), vigasztaláskor vagy épp az örömteli ölbéli játék során. Ehhez kapcsolódóan a napi egyéb tevékenységekkel együtt járó guggolások, lehajlások, térdelések tovább terhelik a mozgásszerveket, melyek elváltozásokat és fájdalmakat okozhatnak az érintett területeken (Fináncz & Csima, 2020). A kisgyermeknevelők munkaidejük nagy részét szőnyegen vagy alacsony széken ülve (20–25 cm) töltik a gyermekek társaságában, mindezek ergonómiailag helytelen és egészségtelen testtartások felvételét eredményezhetik.

Kutatásunk elvégzésének célja az volt, hogy megvizsgáljuk, a hivatással járó fizikai igénybevétel milyen mértékben érinti a kisgyermeknevelők testi egészségi állapotát, kiemelten az izom- és csontrendszer egyes területeit. Felmérésünk révén választ kerestünk arra, hogy az említett régiókban tapasztalható panaszok összefüggést mutatnak-e a munkában eltöltött évek számával, illetve ezek a problémák indokai lehetnek-e a keresőképtelenségnek, a táppénzes állományba vételnek.

A VIZSGÁLAT MÓDSZERTANA

Kutatásunk leíró, keresztmetszeti, kvantitatív jellegű volt. Az adatgyűjtésre online, kisgyermeknevelői szakmaspecifikus, Facebookon elérhető zárt csoportokban (bölcsődei és kisgyermeknevelők szakmai csoportjai) került sor 2020. szeptember 1. és október 31. között. A vizsgálat célcsoportja a heti 40 órában, bölcsődei gyermekcsoportban dolgozó kisgyermeknevelők voltak. A felmérés saját szerkesztésű és standard kérdőív segítségével valósult meg (a kérdőív a közlemény mellékletében megtekinthető és letölthető). Saját szerkesztésű kérdéscsoportjaink a demográfiai adatokhoz, a pályán eltöltött évek számához és a fizikai terheléshez kapcsolódtak. Felmértük a kisgyermeknevelők

munkavégzése során naponta emelt és szállított súly mennyiségét, valamint a kényelmetlen helyzetváltoztató mozgások gyakoriságát is. A testi egészségi állapot felmérését a Holland Váz-, izomrendszeri Kérdőívből (*Dutch Musculoskeletal Questionnaire, DMQ*) (Hildebrandt, Bongers, van Dijk, Kemper, & Dul, 2001; Pék, 2017) átemelt kérdések segítették. A Holland Váz-, izomrendszeri Kérdőív itemei kiemelten a kar, a kéz, a váll, a hát, a derék, a comb, a térd, a lábszár és a boka területén jelentkező panaszok erősségére vonatkoztak a kitöltést megelőző 12 hónap folyamán. A mérőeszközök kitöltése névtelenül történt, a megválaszolt dokumentumok nem tartalmaztak olyan információt, amellyel azonosítani lehetett volna a megkérdezetteket. Az adatok feldolgozását anonim módon, a személyiségi jogok figyelembevételével végeztük. Online mérőeszközünkre 296 válasz érkezett, a számítógépes adattisztítás során azon kérdőíveket szűrtük ki, melyekben a kérdések több mint 50%-át nem válaszolták meg, így összesen 279 kérdőív került feldolgozásra. Felmérésünk eredményeit leíró statisztikai módszerekkel, az intervallum szintű változók közötti kapcsolatot Pearson-féle korrelációs számításokkal, míg az intervallum és az ordinális skálával mért adatok közötti összefüggést Spearman-féle rangkorreláció számításokkal vizsgáltuk ($p \leq 0,01$). A csoportok közti átlagok összehasonlításához t-próbát, ANOVA próbát használtunk $p \leq 0,05$ szignifikanciaszinten. Az adatok feldolgozását Microsoft Excel 2010 és SPSS 22.0 program segítségével végeztük el (Karamánné Pakai & Oláh, 2015; Pakai & Kívés, 2013).

EREDMÉNYEK

A minta jellemzői

A kérdésekre adott válaszok alapján a résztvevők átlagéletkora 38,4 év ($SD = 11,7$, $min = 20$, $max = 62$). Családi állapotát tekintve a válaszadók több mint 50%-a (147 fő) férjzett, 24%-a élettársi kapcsolatban él és 16,1%-a hajadon. A megkérdezettek közül 53% városban, 26,1% megyeszékhelyen és 20,4% faluban vagy községben él. Iskolai végzettségük alapján a kisgyermeknevelők többsége, 56,2% egyetemi vagy főiskolai diplomával rendelkezik, 37,2% OKJ képzettséssel, míg 6,4% érettségivel dolgozik munkakörében. A gyermekecsoportban töltött

heti munkaidőt minden válaszadó 40 órában jelölte meg. A kisgyermeknevelői munkakörben eltöltött idő átlaga 11,7 év ($SD = 11,5$).

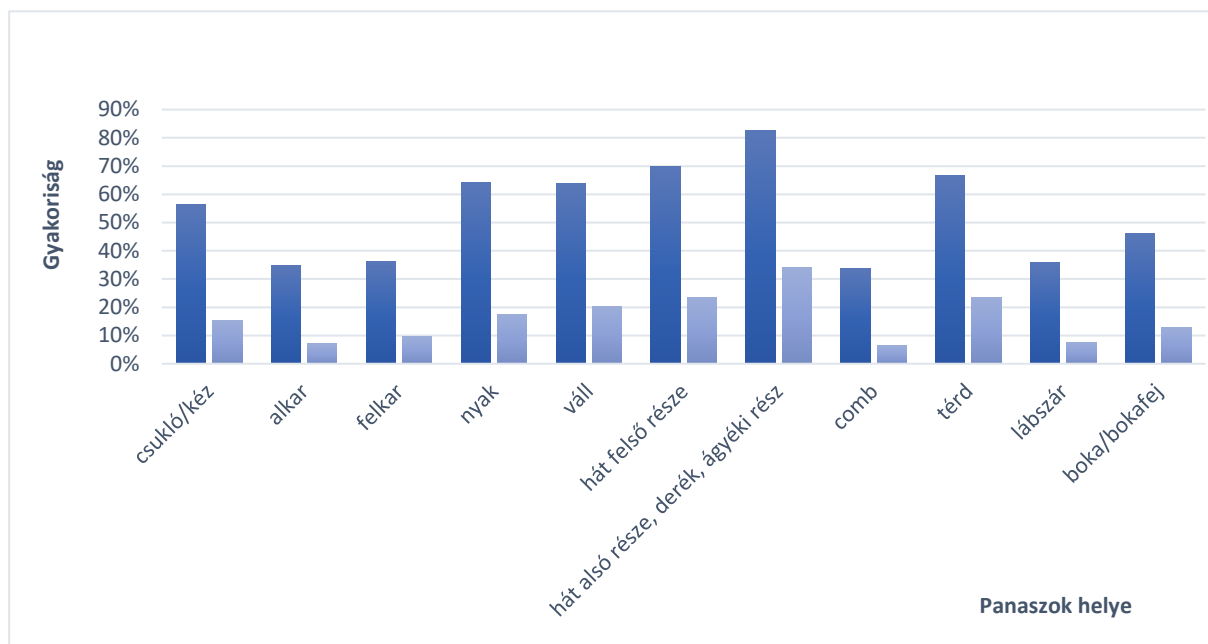
A kisgyermeknevelők testi egészségi állapota

Kérdőívünkben a mozgásszervi panaszok lokalizációját 11 területen vizsgáltuk, a jelentkező fájdalmak erősségét és gyakoriságát a Holland Váz-, izomrendszeri Kérdőívből átemelt kérdések segítségével mértük fel. A megkérdezettek arról is nyilatkoztak, hogy véleményük szerint a tapasztalt fájdalmak összefüggésben állnak-e napi munkájukkal. A kérdések kiemelten a kar, a kéz, a váll, a hát, a derék, a comb, a térd, a lábszár, valamint a boka területén jelentkező panaszokra irányultak. A kitöltést megelőző 12 hónapban tapasztalt mozgásszervi panaszok erősségét a felsorolt 11 terület esetében ötfokú skálán vizsgáltuk. Amennyiben nem volt panasz / fájdalom, akkor 0 pontot; enyhe kellemetlenség diszkomfortérzés 1 pontot; fájdalom, de tudta folytatni a munkáját 2 pontot; fájdalom, ami akadályozta a szokásos munkavégzésben 3 pontot; ha a probléma / fájdalom olyan jelentős volt, hogy amiatt táppénzre kényszerült a kisgyermeknevelő, akkor az 4 pontot jelentett. Vizsgálatunkban az átlagpontszám 10,4 pont volt ($SD = 6,8$, $min = 0$, $max = 41$), az erősebb fájdalmakat, illetve panaszokat a váll, a hát felső része, a derék és a térd területén jelezték a kisgyermeknevelők. Ezekben a területeken „megjelenő fájdalom ellenére, tudta folytatni munkáját” érzés volt a leggyakrabban jelölt a skála értékei közül. „Fájdalmat tapasztal, mely nem akadályozza munkáját” választ adott az alanyok 39,78%-a a hát alsó része / derék, 35,1%-a a váll, 29,7%-a a térd és 29,3%-a a hát felső része esetében. „Fájdalom, ami leginkább akadályozza szokásos munkavégzésében” a derék (17,2%), a hát felső része (13,6%), a térd (11,4%) a nyak (8,9%), a váll (7,8%), a csukló/kéz (5,3%) és az alkar (4,%) régióját érintette. Kiemelendő, hogy legnagyobb mértékben (8,9%) a hát alsó részében / derékban tapasztalt fájdalom miatt kényszerültek betegszabadságra menni a résztvevők. Arra a kérdésre is választ kaptunk, hogy a tapasztalt fájdalom mértékétől függetlenül, hányan gondolták azt, hogy ez kapcsolatban áll munkavégzésükkel. Csukló / kéz fájdalomra a megkérdezettek közül 56,2% panaszkodott, melyből 27,3%-uk vélte úgy, hogy ez a fájdalom munkavégzésével kapcsolatban állhat. Alkar esetén fájdalmat jelzett

34,7%-uk, közülük 20,6% hozta ezt összefüggésbe munkájával. Fájdalmat a hát felső részén a válaszadók 67,7%-a jelzett, melyet 34,3% vélt mindennapi munkája következményének. A hát alsó részén, derékban jelzett valamilyen szintű fájdalmat a minta 73,4%-a, közülük 46,3% jelölte

azt, hogy ez a munkájából következik. A térdében tapasztalt fájdalmat 63,7%, munkavégzésével hozta összefüggésbe közülük 36,5%. Boka-fájdalom a megkérdezettek 43,01%-nál jelentkezett, 30%-uk gondolta úgy, hogy ez munkájából adódik. [1. ábra]

1. ábra: A mozgásszervi panaszok helyének gyakorisága és a munkavégzéshez kapcsolódó panaszok megoszlása (N = 279)



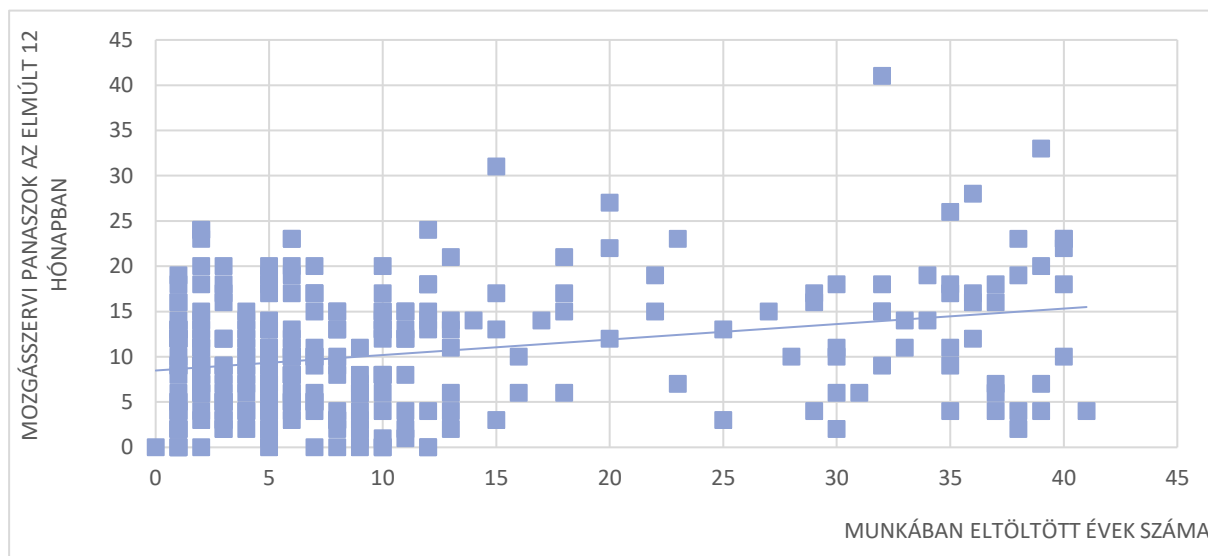
Forrás: saját szerkesztés

Abban az esetben, ha a kisgyermeknevelők mozgásszervi panaszait munkavégzésükkel kapcsolatba hozhatónak ítélték, válaszaikra 1 pontot adtunk, míg nemleges felelet esetén azt nullának értékeltük. Az elérhető maximum 11 pont volt. Az adott válaszok átlagpontszáma az összesítés után 1,7, min = 0, max = 11, SD = 2,6 volt.

A pályán eltöltött évek számát összevetettük az izom- és csontrendszeri elváltozások megjelenésének gyakoriságával annak megállapítására, hogy a munkában eltöltött évek számának emelkedésével párhuzamosan növekszik-e a megkérdezett kisgyermeknevelők mozgásszervi panaszainak aránya. Korrelációs számítást követően a két változó között biztos, gyenge, pozitív irányú kapcsolat volt kimutatható ($r = 0,29$, $p = 0,001$). [2. ábra] Mintánkat két részre bontva

— pályakezdő, illetve 6 év és ennél több ideje kisgyermeknevelő szakemberek — is vizsgáltuk az elmúlt 12 hónapban előforduló vázizomrendszeri problémák összefüggését. Pályakezdők esetében $r = 0,006$, $p = 0,948$, nem pályakezdőknél pedig $r = 0,29$, $p = 0,001$. Pályakezdőknél az első 5 évben a munkaidő éveinek növekedése és a tünetek megjelenési gyakorisága között nincs kapcsolat, de ezt követően az évek számának emelkedésével a mozgásszervi panaszok is szaporodnak. T-próbával vizsgálva a két csoport panaszainak átlaga közt szignifikáns különbség tapasztalható ($t(277) = 0,28$, $p = 0,005$): pályakezdőknél a panaszok átlaga 9,1, míg a nem pályakezdők esetében az átlagérték már magasabb, 11,4 volt, ami nagyobb mértékű izom- és csontrendszeri problémákat jelez.

2. ábra: A pályán eltöltött évek száma és az elmúlt 12 hónapban jelentkező panaszok közötti összefüggés (N = 279)



Forrás: saját szerkesztés

Spearman korrelációs számításal tovább kerestük az egyes területeken jelentkező fájdalmak kapcsolatát a munkában eltöltött évek számával. Megállapítottuk, hogy a nyak ($p = 0,07$, $r = 0,107$), a derék ($p = 0,04$, $r = 0,12$) és a térd ($p = 0,01$, $r = 0,14$) esetében pozitív irányú, gyenge kapcsolat áll fenn a két változó között. A váll ($p = 0,004$, $r = 0,17$) és a boka ($p = 0,002$, $r = 0,18$) területén fellépő fájdalom, valamint a munkában eltöltött évek számának növekedése során talált együtttható szerint az összefüggés erősen közelít a biztos, de gyenge, pozitív irányú kapcsolathoz.

A válaszadó kisgyermeknevelők a fájdalom megjelenésének gyakoriságának vonatkozásában ötfokú skálán legritkábban a havonta egyszer, leggyakrabban pedig a mindennapi előfordulás itemek közül választhattak. A fájdalom megjelenésének frekvenciája testrészenként a következőképpen alakult: minden nap tapasztal fájdalmat a hát felső részében és a derékban a válaszadók 31,5%-a, a térdében 21,4%-a, a boka és lábfej részeken 18,1%-a, a vállában 18,1%-a, a nyak területén 16,9%-a, a csukló / kéz esetében 9,6%-a, a lábszárán 6,9%-a, a felkarján 4,2%-a és az alkarján 3,3%-a. A comb régiójában jelentkeztek legkevésbé a csontrendszer problémái: havonta egyszer a minta 78%-ánál, havonta néhányszor 22%-ánál. Emellett az alkar (74,1%), a felkar (63,9%), lábszári (60,0%) és a csukló / kéz (51,8%), boka / lábfej (49,6%) részeken volt

legnagyobb arányban a legkisebb gyakorisággal, havonta egyszer megjelenő fájdalom, panasz.

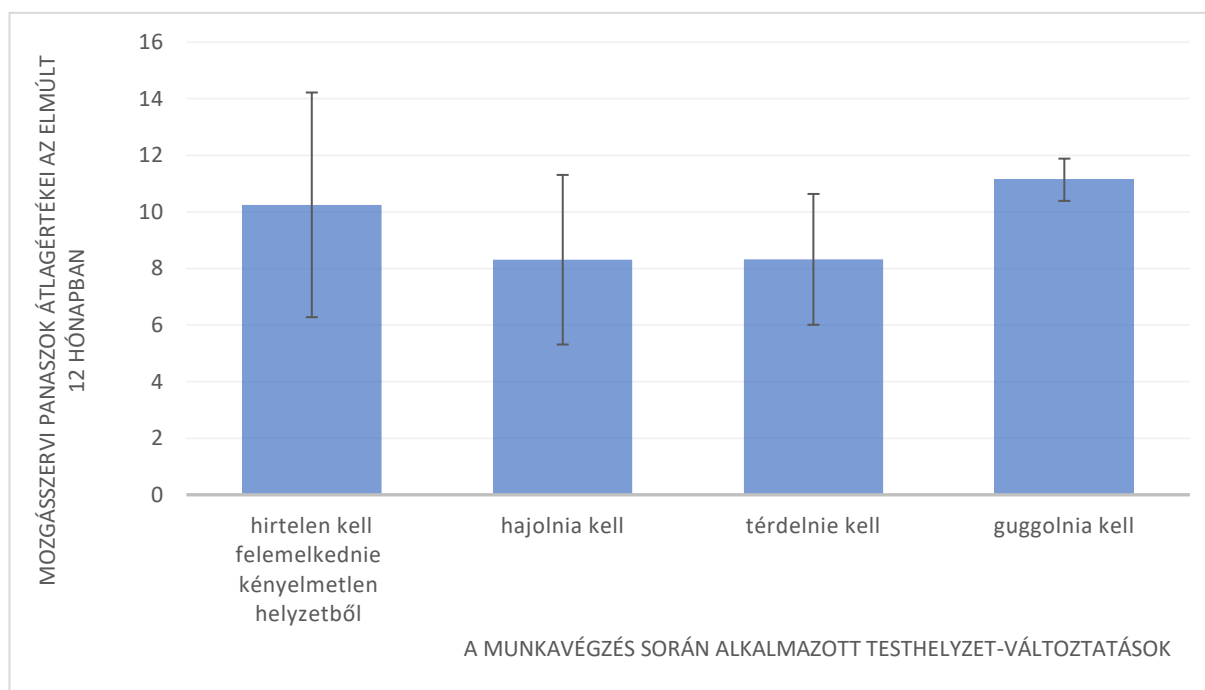
A kisgyermeknevelők a gondozási tevékenységek, a játék és a vigasztalások során is testi kontaktusba kerülnek a gyermekekkel. A velük töltött időben a gyermekeket fel kell emelni, ölben vinni, lehajolni, leguggolni hozzájuk. Ezek a mozdulatok és tevékenységek hatással vannak a gondozók fizikai állapotára. A bölcsődébe járó gyermekek testsúlya kortól és egyéni sajátosságoktól függően 12–17 kg is lehet. A napi gondozás során a gyermekek pelenkáját az étkezéshez kötötten legalább háromszor, de igény szerint többször is kell cserélni a nap folyamán. Ehhez kapcsolódik még az öltöztetések, vigasztalások, játék során elkerülhetetlen emelgetések száma. Az átlagos csoportlétszám a bölcsődékben 12–14 fő. Ezt figyelembe véve megsokszorozódik a megemelt súly mennyisége a napi munkavégzés során. Következő kérdésünk arra irányult, hogy megtudjuk, a kisgyermeknevelők milyen gyakran emelnek nehéz súlyt napi tevékenységük során. A kisgyermeknevelők 86,69%-a jelölte, hogy munkájában gyakran kell emelnie nehéz, 10 kg feletti súlyt. Gyakran szállít nehéz, 10 kg feletti súlyt 32,3%-uk. A kutatásunkban feltett kérdések lehetőséget adtak azon felvetés megvizsgálására, hogy a munkavégzéssel kapcsolatba hozhatók-e a fizikai terhelés hatására bekövetkező mozgásszervi panaszok. A t-próba elvégzésekor kapott eredményeink azt mutatták,

hogy súly szállítása ($M = 12,05$) és emelése ($M = 10,3$) során nem mutatkozott szignifikáns különbség ($t(241) = -0,18$, $p = 0,06$) a munkavégzés közben megjelenő fájdalmak átlagértékei esetében. A t-próba értéke ($t(241) = -3,27$, $p = 0,001$) alapján viszont elmondható, hogy a szállítás ($M = 2,6$) jelentősebb nehézséget jelent, mint az emelés ($M = 1,5$) azoknál a szakembereknél, akiknek panaszai kapcsolatban állnak munkavégzésükkel.

Mérőeszközünk itemei kitértek arra is, hogy a kisgyermeknevelők körében milyen gyakoriak munkavégzés során a testhelyzet-változtatások. Kérdésünk ezen mozgásformák (felemelkedés kényelmetlen helyzetből, hajolás, térdelés, guggolás) gyakoriságára irányult, egyszerre több válasz is jelölhető volt. A felsorolt helyzetváltoztató mozgások mindegyikére nagy százalékban adták a „gyakran kell végezniem” választ. Gyakran kell hirtelen felemelkednie kényelmetlen helyzetből a válaszadók 91,7%-ának, gyakran kell hajolnia 89,2%-nak, gyakran kell guggolnia 92,09%-nak és gyakran kell térdelnie 80,5%-nak. A válaszokból kiolvasható, hogy a kisgyermeknevelők munkavégzésük közben folyamatosan végzik a felsorolt helyzetváltoztató mozgásokat, amelyek

terhet rónak a mozgásszervekre. Az előbbi állításunk bizonyítására ANOVA próbát végeztünk a kisgyermeknevelői munkavégzés közben megjelenő helyzetváltoztató mozgások egyes vizsgált faktorainak és a munkavégzéssel kapcsolatba hozható mozgásszervi panaszok megjelenésének értékelése kapcsán. A próba eredménye ($F(3, 273) = 2,91$, $p = 0,03$) azt mutatta, hogy van különbség a csoportok között, tehát ha a kisgyermeknevelő guggol ($M = 2,06$), illetve, ha hajolnia kell ($M = 1,24$), az nagyobb megterhelést jelent számára, mint a térdelés ($M = 0,9$) vagy a hirtelen felemelkedés kényelmetlen testhelyzetből ($M = 0,6$). Az elmúlt 12 hónapban jelentkező mozgásszervi panaszok szintén nagyobb mértékben jelentek meg a kisgyermeknevelő feladatellátása során végzett gyakori guggolás következtében ($M = 11,14$). Emellett a hirtelen felemelkedés kényelmetlen helyzetből (terdelés, guggolás) is jelentősebb, szubjektíven észlelt mozgatórendszeri problémát mutatott ($M = 10,25$), mint akár a hajolás ($M = 8,31$) vagy a térdelés ($M = 8,32$). Az előbb említett munkavégzéssel együtt járó mozgásformák eltérő terhelést jelentek, ami a mozgásszervi panaszok átlagértékeiben jól nyomon követhető ($F(3, 273) = 2,7$, $p = 0,04$). [3. ábra]

3. ábra: A munkavégzés során alkalmazott testhelyzet-változtatások és az elmúlt 12 hónapban észlelt mozgásszervi panaszok átlagértékeinek függvénye ($N = 279$)



Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Kutatási témánk kiválasztásánál legfőbb célunk az volt, hogy képet kapjunk a kisgyermeknevelők izom- és csontrendszerének állapotáról, mivel ebben a témában nagyon kevés hazai vizsgálat történt. A pedagógusok szervezetét professziójukból adódóan sorozatos fizikai terhelések érik, hatást gyakorolva testi egészségi állapotukra. A folyamatos terhelés következtében fellépő mozgatórendszeri fájdalmak befolyással lehetnek a pedagógusok életminőségére és a mindennapi munkavégzésre. Esetükben a munkában eltöltött évek számának növekedésével párhuzamosan emelkedik az izom- és csontrendszerben fellépő panaszok száma. Eredményeink is alátámasztják a kisgyermeknevelők munkavégzése során jelen lévő, és a munkaévek számával erősödő testi panaszokat, az MSD-hez kötődő fájdalmakat. Kisgyermeknevelők körében végzett hazai kutatások szintén megállapították, hogy a vizsgált csoport derék- és hátfájás, valamint nyaki és gerincfájdalmak tekintetében veszélyeztetettnek minősül, a megkérdezettek közel 1/3-nál fennáll ez a betegségcsoport (Fináncz & Csima, 2019; Csima et al., 2018). Kutatásunk során is hasonló eredményeket kaptunk: a hát felső részében és deréktájon naponta tapasztal fájdalmat a válaszadók 31,5%-a, nyaki területen 18,1%-a, vállban 16,9%-a, térdben pedig 21,4%-a. Adatainkat tanárok körében végzett kutatások eredményeivel is összehasonlítva bizonyítást nyert, hogy a munkában eltöltött évek számának növekedésével a mozgásszervi problémák nagyobb gyakorisággal fordulnak elő. Eredményeink további vizsgálatok elvégzését indokolják, mivel a munkában eltöltött évek számával növekedő mozgásszervi problémák hátterében az idősödést kísérő folyamatok is állhatnak, ezért a jövőben kontrollcsoport bevonásával történő felmérés is szükséges. Feltételezésünk, miszerint a munkakörből eredő nagyobb fizikai megterhelés erősíti a testi panaszokat, megerősítést nyert. A kisgyermeknevelők munkavégzése során megmozgatott súly mértéke és a kellemetlen testhelyzet-változtatások kapcsolatát mutatták a test különböző pontjain jelentkező fájdalom erősségével. A nehéz súly hordozása, a kényelmetlen testhelyzetek, a hosszan tartó ismétlődő fizikai tevékenységek kedve-

zőtlen hatásainak kivédése a munkavédelmi tudás (ismeret és képesség) növelésével lenne elérhető.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kisgyermeknevelők körében azonosított mozgató szervrendszert érintő fájdalmak és ergonómiai kockázati tényezők magas előfordulási gyakorisága cselekvést vár. Elmondható, hogy a kisgyermeknevelők életében az izom- és csontrendszeri fájdalmak napi rendszerességűek, különböző régiókat érintenek és az észlelt megterhelések negatív hatással vannak munkavégzésükre. Az eredmények azt mutatják, hogy az izom- és csontrendszeri panaszok kialakulásának megelőzése, illetve a szakemberek panaszainak enyhítése szükséges. Kiemelten fontos a kisgyermeknevelők esetében is az MSD kockázati tényezőinek azonosítása és megfelelő stratégiák kidolgozása (Kraemer et al., 2020, Solis-Soto et al., 2017; Karakaya et al., 2015). A probléma megoldásának szempontjából alternatívát jelenthetne a foglalkozás-egészségügyi ellátás keretein belül a munkahelyi egészségfejlesztés: szakemberek bevonásával speciális tornafoglalkozások megszervezése, ahol a kisgyermeknevelők gyakorlati ismereteket szerezhetnek a mozgásszervi panaszok kivédésére és enyhítésére, valamint fontos lenne a szekunder prevenció megerősítése is, az MSD szűrési programok beépítése. A probléma megelőzése érdekében hatékony lehet a graduális kisgyermeknevelő képzések tematikájába gyakorlati órákat beiktatni, melyek lehetővé teszik olyan technikák és gyakorlatok elsajátítását, képességek megszerzését, amelyek megakadályozzák a mozgásszervi rendellenességek kifejlődését. A jövőben fontos lehet további kutatások végzése, olyan külső vagy belső erőforrások (Karácsony, 2018) vizsgálata is, melyek moderáló tényezők lehetnek a mozgásszervi panaszok csökkentésében, illetve kivédésében, mint például a Mohseni Bandpei et al. (2014) kutatásában enyhítő faktornak bizonyuló pihenés és fizikai aktivitás. Ezen intézkedések a kisgyermeknevelők körében mérsékelhetik a mozgásszervi fájdalmak előfordulását és annak következményeit.

Információk a szerzőkről:

Jagodicsné Szőke Szilvia, Szombathelyi Egyesített Bölcsődei Intézmény, Szombathely,
Karácsony Ilona, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó
 Egészségtudomány és Védőnői Intézet, Szombathely, ilona.karacsony@etk.pte.hu

HIVATKOZÁSOK

- Althomali, O., Amin, J., Alghamdi, W., & Shaik, D. H. (2021). Prevalence and factors associated with musculoskeletal disorders among secondary schoolteachers in Hail, Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6632. doi: [10.3390/ijerph18126632](https://doi.org/10.3390/ijerph18126632)
- Amit, L. & Malabarbas, G. (2020). Prevalence and risk-factors of musculoskeletal disorders among arovincial high school teachers in the Philippines. *Journal of The University of Occupational and Environmental Health*, 2, 151–160. doi: [10.7888/juoeh.42.151](https://doi.org/10.7888/juoeh.42.151)
- Ceballos, A. G. & Santos, G. B. (2015). Factors associated with musculoskeletal pain among teachers: sociodemographics aspects, general health and well-being at work. *The Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(3), 702–715. doi: [10.1590/1980-5497201500030015](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500030015)
- Csima, M., Fináncz, J., Nyitrai, Á., & Podráczky, J. (2018). Research on the health literacy of professionals working in early childhood education. *Kontakt*, 20(4), 384–390. doi: [10.1016/j.kontakt.2018.10.002](https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.10.002)
- Dilek, D. & Ilker, I. (2012). Are there work-related musculoskeletal problems among teachers in Samsun, Turkey? *Journal of Back and Musculoskeletal*, 25(1), 5–12. doi: [10.3233/BMR-2012-0304](https://doi.org/10.3233/BMR-2012-0304)
- Elias, H., Downing, R., & Mwangi, A. (2019). Low back pain among primary school teachers in Rural Kenya: Prevalence and contributing factors. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), 1–7. doi: [10.4102/phcfm.v11i1.1819](https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1819)
- Erick, P. N. & Smith, D. R. (2011). A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(260), 1–11. doi: [10.1186/1471-2474-12-260](https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-260)
- Fináncz, J. & Csima, M. (2019). A kora gyermekkori nevelésben dolgozók egészségi állapotának és egészségmagatartásának mutatói. *Képzés és Gyakorlat*, 17(1), doi: [10.17165/TP.2019.1.3](https://doi.org/10.17165/TP.2019.1.3)
- Fináncz, J. & Csima, M. (2020). Pedagógusok szakmai közérzetének konceptuális megközelítése és vizsgálata a koragyermekkori pedagógiai professzióban. *Magyar Pedagógia*, 120(3), 47–268. doi: [10.17670/MPed.2020.3.247](https://doi.org/10.17670/MPed.2020.3.247)
- Fináncz, J., Nyitrai, Á., Podráczky, J., & Csima, M. (2020). Connections between professional well-being and mental health of early childhood educators. *International Journal of Instruction*, 13(4), 731–746. doi: [10.29333/iji.2020.13445a](https://doi.org/10.29333/iji.2020.13445a)
- Hildebrandt, V. H., Bongers, M. P., van Dijk, F. J., Kemper, G. C., & Dul, J. (2001). Dutch Musculoskeletal Questionnaire: Description and basic qualities. *Ergonomics*, 44(12), 1038–1055. doi: [10.1080/00140130110087437](https://doi.org/10.1080/00140130110087437)
- Karácsony, I. (2018). Az egészség – Antonovsky salutogenetikus szemléletének tükrében. *Sport és Egészségtudományi Füzetek*, 2(1), 32–45. doi: [10.15170/SEF.2018.02.01](https://doi.org/10.15170/SEF.2018.02.01)
- Karakaya, İ. Ç., Karakaya, M. G., Tunç, E., & Kihitir, M. (2015). Musculoskeletal problems and quality of life of elementary school teachers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(3), 344–350. doi: [10.1080/10803548.2015.1035921](https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1035921)
- Karamánné Pakai, A. & Oláh, A. (2015). A theoretical overview of scientific research. In Ács, P. *Data analysis in practice*. (pp. 11–34). University of Pécs, Faculty of Health Science.
- Kebede, A., Abebe, S. M., Woldie, H., & Yenit, M. K. (2019). Low back pain and associated factors among primary school teachers in Mekele City, North Ethiopia: A cross-sectional study. *Occupational Therapy International*, 7(8), 1–8. doi: [10.1155/2019/3862946](https://doi.org/10.1155/2019/3862946)
- Kraemer, K., Moreira, M. F., & Guimarães, B. (2020). Musculoskeletal pain and ergonomic risks in teachers of a federal institution. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 18(3), 343–351. doi: [10.47626/1679-4435-2020-608](https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-608)

- Mohseni Bandpei, M. A., Ehsani, F., Behtash, H., & Ghanipour, M. (2014). Occupational low back pain in primary and high school teachers: prevalence and associated factors. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 34(9), 702–708. doi: [10.1016/j.jmpt.2014.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2014.09.006).
- Ojukwu, C. P., Any, G. E., Eze, B., Chukwu, S. C., Onuchukwu, C. L., & Anekwu, E. M. (2021). Prevalence, pattern and correlates of work-related musculoskeletal disorders among school teachers in Enugu, Nigeria. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 27(1), 267–277. doi: [10.1080/10803548.2018.1495899](https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1495899)
- Pakai, A. & Kívés, Z. (2013). Kutatásról ápolóknak. Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészség tudományi kutatásokban. *Nővér*, 26(3), 20–43.
- Pék, E. (2017). *A váz-, izomrendszeri megbetegedések egészségi állapot önértékelésre gyakorolt hatása mentődolgozók körében*. Doktori (PhD.) értekezés. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola.
- Solis-Soto, M., Schön, A., Solis-Soto, A., Parra, M., & Radon, K. (2017). Prevalence of musculoskeletal disorders among school teachers from urban and rural areas in Chuquisaca, Bolivia: A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1), 425–446. doi: [10.1186/s12891-017-1785-9](https://doi.org/10.1186/s12891-017-1785-9)
- Varsányi, P. & Vitrai, J. (2017). *Egészségjelentés 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Vega-Fernández, G., Lera, L., Leyton, B., Cortés, P., & Lizana, P. (2021). Musculoskeletal disorders associated with quality of life and body composition in urban and rural public school teachers. *Frontiers in Public Health*, 9(6), 1–23. doi: [10.3389/fpubh.2021.607318](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.607318)
- Yue, P., Liu, F., & Li, L. (2012). Neck/shoulder pain and low back pain among school teachers in China, prevalence and risk factors. *BMC Public Health*, 12(789), 1–8. doi: [10.1186/1471-2458-12-789](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-789)
- Zamri, E., Moy, F., & Hoe, V. (2017). Association of psychological distress and work psychosocial factors with self-reported musculoskeletal pain among secondary school teachers in Malaysia. *Plos One*, 12(2). doi: [10.1371/journal.pone.0172195](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172195)

Kutatási kérdőív

1. Az Ön neme:

- Nő
- Férfi

2. Az Ön életkora:

..... év

3. Hány éve dolgozik kisgyermeknevelőként:

..... év

4. Az Ön családi állapota:

Hajadon Férjezett Elvált Élettársi kapcsolatban él Özvegy

5. Az Ön iskolai végzettsége

- Érettségi
- OKJ tanfolyam
- Főiskolai, egyetemi diploma

6. Az Ön lakóhelye

- Megyeszékhely
- Város
- Község / falu

7. Heti hány órában dolgozik kisgyermeknevelőként?

- 40 óra
- Egyéb

8. Kérem, jelölje, hogy milyen gyakorisággal fordulnak elő Önnél felsőlégúti megbetegedés tünetei (nátha, torokfájás, köhögés)!

- Soha
- Havonta
- Félévente
- Évente

9. Kérem, jelölje, hogy milyen gyakorisággal fordulnak elő Önnél emésztőrendszeri megbetegedés tünetei (émelygés, hányinger, hányás, híg széklet)!

- Soha
- Havonta
- Félévente
- Évente

10. Kérem, jelölje a megfelelő válaszokat! (egyszerre több válasz is jelölhető)

Munkájában gyakran

- Kell felemelnie nehéz (10 kg feletti) terhet
- Kell szállítania nehéz (10 kg feletti) terhet
- Nem jellemző

11. Kérem, jelölje a megfelelő válaszokat! (egyszerre több válasz is jelölhető)

Munkájában gyakran

- Kell hirtelen felemelkednie kényelmetlen helyzetből (földön ülés, térdelés, guggolás)
- Kell hajolnia
- Kell térdelnie
- Kell guggolnia
- Nem jellemző

12. Kérem, jelölje, hogy naponta összesen hány kilogrammot kell megemelnie!

- 100 kg alatt
- 100–200 kg között
- 200 kg felett
- Nem jellemző

13. Az elmúlt 12 hónapban volt / van különféle panasz, fájdalma? Kérem, jelölje a táblázatban!

	Enyhe kellemetlenség, diszkomfort-érzés	Fájdalma volt, de folytatni tudta munkáját	Fájdalom, ami akadályozta a szokásos munkavégzésben	Előfordult, hogy problémájából fakadóan betegség miatt táppénzre kellett mennie	Mit gondol, panaszai kapcsolatban állnak munkájával? Amennyiben igen, akkor jelölje be a négyzetet!
Csukló / kéz					
Alkar					
Felkar					
Nyak					
Váll					
Hát felső része					
Hát alsó része, derék, ágyéki rész					
Comb					
Térd					
Lábszár					
Boka / lábfej					

14. Ha voltak panaszai, milyen gyakran fordultak elő? Kérem, jelölje a táblázatban!

	Havonta egyszer	Havonta néhányszor	Hetente egyszer	Hetente néhányszor	Naponta
Csukló / kéz					
Alkar					
Felkar					
Nyak					
Váll					
Hát felső része					
Hát alsó része, derék, ágyéki rész					
Comb					
Térd					
Lábszár					
Boka / lábfej					

Védőoltásokhoz való hozzáállás egyetemi hallgatók egy csoportjában

Attitudes towards vaccinations among a group of university students

Szerző:	Mátó Veronika
Kulcsszavak:	védőoltás; oltási attitűd; egészségkommunikáció
Keywords:	vaccination; vaccination attitude; health communication

Beküldve: 2021. 10. 15., doi: [10.24365/ef.v63i1.7436](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7436)

Összefoglaló

Bevezetés: Az egészség megőrzésének fontos része a védőoltások alkalmazása, olykor azonban mégis elbizonytalanodunk, felmerül bennünk a biztonságosság kérdése. Napjainkban a félelemérzet a fertőzés súlyosabb következményeitől már nem is kap akkora hangsúlyt, mint gondolnánk. A vizsgálat elsődleges célja a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karon kiválasztott hallgatók szemléletének megismerése a fertőzések védőoltásokkal történő megelőzésével kapcsolatban.

Módszertan: A vizsgálati célcsoportban (N = 93) online, anonim kérdőív kitöltésével gyűjtöttünk információt a 2014–2019-ben felvett védőoltásokról, az ajánlott védőoltásokkal kapcsolatos tájékoztatói módokról és az oltási attitűdről. Leíró és elemző (kh²-próba) statisztikai módszerekkel elemeztük az eredményeket.

Eredmények: Az ajánlott védőoltások felvétele nem jellemző a vizsgált célcsoport körében, a hallgatók több mint fele nem is javasolná másoknak azok beadatását. Úgy vélik, hogy vannak más eredményes módszerek is, amelyekkel védekezni lehet a fertőző betegségekkel szemben. A döntésüket arról, hogy beoltassák-e magukat egy vakcinával, több szempont is befolyásolhatja. Ilyen például az oltás költsége, az oltás szükségszerűségének érzete, az oltással szembeni bizalmatlanság, de a betegségtől való félelem is. A vizsgálatba bevont személyek körében előfordul a védőoltásokkal szembeni helytelen információ birtoklása. Az influenza elleni oltóanyag felvétele a férfiak körében volt jellemzőbb. Az ajánlott védőoltásokkal kapcsolatos információk gyűjtése a posztgraduális és a szakvizsgaképzésben résztvevők esetén volt jelentősebb. Az információk forrása elsősorban a családorvos, de a szakvizsgaképzés résztvevői körében ugyanolyan lényeges valamely családtag véleménye, illetve a médiatartalmak is. A vizsgálatba bevont személyek kevesebb mint egyötöde tudott megbízható internetes felületet megnevezni tájékozódás céljából.

Következtetések: A hallgatók bizalmatlanságát, helytelen információit a védőoltásokkal kapcsolatban mérsékelni szükséges, és kritikus gondolkodásra ösztönözni őket, hiszen a véleményformáló szerepük meghatározó. Egészségkommunikációjuk, tájékozottságuk, tudásuk által képesek a környezetükben lévő emberek oltásokra vonatkozó attitűdjét kedvező irányba befolyásolni, továbbá az azokkal kapcsolatos tévhiteket eloszlatni.

Summary

Background: Vaccination is an important part of maintaining good health. Sometimes, however, we have doubts. The issue of safety crops up. The fear of the more serious consequences caused by infections is no longer getting much emphasis these days. The primary aim of the study is to learn about the attitude of selected students at the Juhász Gyula Faculty of Education, University of Szeged, in relation to the prevention of infections with vaccines.

Methodology: An online, anonymous questionnaire was administered in the target group (N = 93). The questions focused on vaccinations received in the period of 2014–2019, sources of information

about recommended vaccines, and vaccination attitude. Descriptive and analytical (chi-square test) statistical methods were applied for data analysis.

Results: The uptake of recommended vaccinations is not typical among the examined target group; more than half of the students would not even recommend their uptake. They believe that there are other effective ways to control infectious diseases. Their decision to take up vaccinations can be influenced by several factors. Some of these are, the cost of vaccination, a sense of necessity regarding vaccination, distrust towards vaccination, and the fear of disease. Some people involved in the study have incorrect information about vaccinations. Influenza vaccine uptake was more common among men. Collecting information on recommended vaccinations was more significant among students in the postgraduate and in the teachers' special exam training. The source of information is primarily the family doctor, but among those in the special exam training, a family member is just as important a source as the media. Less than one-fifth of those questioned were able to name a reliable Internet source for reference.

Conclusions: It is necessary to address students' distrust and incorrect information about vaccinations and encourage them to think critically, as their role is decisive. Through their health communication, information and knowledge, they are able to positively influence the attitudes of people in their environment towards vaccinations, and to dispel misconceptions about them.

BEVEZETÉS

Az egészség minden ember számára fontos érték. Az egészség megőrzéséhez hozzátartozik a védőoltások alkalmazása is, hogy egyes fertőzések kialakulását megelőzzük. Bizonyos életkorban és fokozott fertőzésveszély esetén kötelező védőoltásokon kívül egyéb védőoltások alkalmazása is javasolt.

100%-os védelmet nem eredményez minden védőoltás (Elek, 2012; Horváth, 2012), de csökkenti a megbetegedés kialakulásának esélyét (Horváth, 2012). Napjainkban tévovázunk egy-egy oltás beadatását illetően, aggódunk, milyen káros mellékhatásai lehetnek az adott oltóanyagnak, megkérdőjeleződik a biztonságosságuk (Inhoff, Gyergyák, Illyés-Kovács, Lukács, & Turcsán, 2020; Narayanan, Jayaraman, & Gopichandran, 2018). Minderre a 21. században nagyobb hangsúlyt fektetünk, háttérbe szorítva az adott védőoltással megelőzhető betegségtől való félelmünket (Elek, 2012). Tudjuk, hogy a védőoltásoknak vannak kockázatai, de ez a kockázat kisebb, mint egy súlyosabb fertőző betegség hatása az emberi szervezetre, vagy a megbetegedés esetén kialakuló szövődmény (Országos Epidemiológiai Központ, 2014). Hazai háziorvosok, házi gyermekorvosok és védőnők körében is tapasztalták egy 2017-es vizsgálat során a vakcinák biztonságosságának megkérdőjelezését, elsősorban az ajánlott oltások esetén (Kun, Benedek, & Mészner, 2019).

Előfordul, hogy a védőoltásokkal kapcsolatban hiányos vagy helytelen információkat birtoklunk, amelynek eredménye, hogy elutasítjuk azok beadatását. Éppen ezért lényeges, hogy tudományosan alátámasztott, megbízható információkkal rendelkezünk (Elek, 2012). Itt fontos megjegyezni a társadalmi felelősségvállalás szerepét az emberek egészségének megőrzése terén (Tarkó, 2021). Ha a társadalom tagjai a szakértelemmel szembeni bizalmatlanságukat hangoztatják — figyelmen kívül hagyva, hogy egy-egy félelem a tudományos bizonyítékok segítségével cáfolható (Kata, 2010) —, sokakban kétség, bizonytalanság merül fel (Elek, 2012), aminek következtében negatív ítéletet alkothatnak, és nem hoznak megfelelő döntéseket.

Panayiota Kendeou, a Minnesotai Egyetem nevelépszichológusa szerint a meggyőződés által azokat az információkat fogadja el az egyén, amelyekkel egyetért. A többi adat a figyelmén kívülre kerül. A pszichológus kiemeli, hogy a figyelem nagyon lényeges, amit a szorongás vagy a félelem jelentősen korlátoz. Ennek eredménye, hogy az ember nem tud kritikusan gondolkodni, így a figyelmét elkerüli például az, hogy honnan származik az információ (Witkowski, 2018). Vagyis az emberek azokat az üzeneteket fogadják be, amelyek megerősítik addigi vélekedéseiket (Meppelink, Smit, Franssen, & Diviani, 2019).

Helytelen azt gondolni, hogy a védőoltások toxikus hatással vannak az emberi szervezetre (Goda, 2020). Az sem megfelelő álláspont, ha egy védőoltás beadatását azért ellenezzük, mert jelenleg nem fordul elő vagy nem gyakori az adott betegség (Narayanan et al., 2018). Ha az átoltottság egy bizonyos szint alá csökken, akkor megszűnik a nyájimmunitás és a betegség újra megjelenik (Goda, 2020). Általános, hogy azzal is magyarázzuk az adott védőoltás beadatásának elutasítását, hogy eddig nem kaptuk el a kórt. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a későbbiekben sem kaphatjuk el, ugyanakkor nincsen meg az ezzel kapcsolatos félelemérzetünk. Ha az immunrendszerünk valóban erős, mégis beadatunk egy védőoltást, azzal óvjuk környezetünkben azokat az embereket, akik esetleg gyenge immunrendszerrel rendelkeznek és / vagy az idős korosztály tagjai (Goda, 2020). A kötelező védőoltások beadatása megelőzés céljából szükséges az adott életkorban, hiszen anélkül a fertőző betegség megjelenhet, annak lefolyása veszélyes is lehet az egyénre és környezetére nézve. Az ajánlott védőoltás beadása a megelőzés szempontjából fontos. A Minnesotai Egyetem nevelépszichológusa szerint az emberek tévhitai az oltásokkal kapcsolatosan sohasem fognak eltűnni, de talán háttérbe szoríthatók, ha kritikusán gondolkodnak, és megfelelő bizonyítékokat keresnek a helytelen érvek elvetéséhez (Witkowski, 2018).

A Los Angeles-i Kalifornia Egyetem kutatói felhívják a figyelmet arra, hogy az oltások alkalmazásával kapcsolatban hangsúlyozni kell, milyen következményei lehetnek annak, ha az adott oltás elmarad (Illyés, 2016). A Stanford Egyetem tudósai és munkatársai is megfigyelték, hogy az adott betegség kockázatának megismertetésével pozitív attitűdbeli változást érhetnek el, vagyis a félelem képes az oltássalenes magatartást megváltoztatni (Witkowski, 2018).

A felsőoktatásban egészségügyi területen dolgozó szakemberként szükségesnek tartjuk megismerni, milyen szemléletet képviselnek a hallgatók a megelőzés vonatkozásában a fertőző megbetegedések esetén, e téren mi jellemezheti az egészségkommunikációjukat környezetük felé. Ezáltal információkat kaphatunk arra vonatkozóan is, hogy a hallgatók mennyire tudatosak a saját egészségi állapotuk megőrzésével kap-

latban. Vajon beszélhetünk-e körükben az egészségtudatosság meglétéről, felelősségteljes egészségmagatartásról a védőoltásokkal kapcsolatban?

A vizsgálat elsődleges célja a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézetben tanulmányokat folytató hallgatók vakcinációhoz való hozzáállásának felmérése volt, elsősorban az ajánlott védőoltásokra (pl.: az influenzavírus, a humán papillomavírus (HPV), a bárányhimlő elleni védőoltás) vonatkozóan. A 2018. július 31. után született gyermekek esetén már a kötelező oltások között szerepel a bárányhimlő elleni vakcina (Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2021), míg a vizsgálati célcsoport körében az ajánlott védőoltások közé tartozik.

MÓDSZERTAN

A vizsgálatra a 2020–2021-es tanév I. félévében került sor. Az adatok gyűjtése saját szerkesztésű online kérdőívvel történt, kényelmi mintavételt alkalmazva. A részvétel önkéntes alapon, az adatok feldolgozása anonim módon valósult meg. Az adatelemzést az IBM SPSS 25.0 programmal végeztük. Az adatok leíró és elemző statisztikai módszerekkel (keresztábra-elemzés, khi²-próba) kerültek kiértékelésre.

Az alapvető szociodemográfiai adatokon (nem, életkor, szak) túl, a célcsoport által beadatott vakcinákra, az ajánlott védőoltásokkal kapcsolatos tájékozódásuk módjaira, továbbá az ajánlott oltásokra vonatkozó szemléletükre, attitűdjükre kérdeztünk rá. A kérdőív végén található állításokkal való egyetértésük mértékét négyfokú skálán fejezték ki a vizsgálatba bevont személyek, ahol az 1 – az egyáltalán nem értek vele egyet, a 2 – az inkább nem értek vele egyet, a 3 – az inkább egyetértek vele és a 4 – a teljes mértékben egyetértek vele értékeket jelölte. Továbbá néhány állítás esetén ugyancsak négyfokú skála segítségével adták meg, hogy mennyire jellemző rájuk az adott állítás. Ez utóbbi esetben az 1 – az egyáltalán nem jellemző, a 2 – az inkább nem jellemző, a 3 – az inkább jellemző és a 4 – a teljes mértékben jellemző kategóriát jelentette.

EREDMÉNYEK

A 93 válaszadó 68,8%-a (n = 64) volt nő. A kitöltők átlagéletkora 30 év (életkorátlag: 29,53 év), a legfiatalabb hallgató 19 éves, a legidősebb személy 54 éves volt. A sport- és rekreációs szervezés alapszak (37,6%, n = 35), az edző alapszak (16,1%, n = 15), a mentálhigiénés közösség- és

kapcsolatépítő mesterképzési szak (26,9%, n = 25), az egészségfejlesztő mentálhigiéné szakirányú továbbképzési szak (11,8%, n = 11) és az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szak (7,5%, n = 7) hallgatói adtak információt a vakcinációhoz való hozzáállásukról.

1. táblázat: A vizsgált célcsoport által beadott védőoltások 2014–2019 között (N=93)

	2014–2018 között fő (%)	2019-es évben fő (%)
Védőoltást beadottak száma	23 (24,7)	5 (5,4)
Beadott védőoltás típusa		
Tetanusz	5 (5,4)	1 (1,1)
Influenza elleni védőoltás	7 (7,5)	4 (4,3)
HPV elleni védőoltás	7 (7,5)	-
Agyhártyagyulladás elleni védőoltás	3 (3,2)	-
MMR oltóanyag	1 (1,1)	-
Hepatitis A, B elleni védőoltás	1 (1,1)	-
Nem megnevezett a beadott védőoltás	2 (2,2)	-

Forrás: saját szerkesztés

A 2014–2019 között védőoltást felvettek átlagéletkora 31 év (átlagéletkor: 30,88 év), 70,8%-a (n = 17) nő. [1. táblázat] A vizsgálati csoportban 2019-ben a 37 évnél idősebbek (átlagéletkoruk 45 év) oltatták be magukat az influenza elleni védőoltással. Három személy 2019-ben, és az azt megelőző 5 év mindegyikében beoltatta magát influenza elleni oltóanyaggal. Három személy (3,2%) az agyhártyagyulladás elleni vakcinával is beoltatta magát a HPV elleni oltóanyag felvétele mellett.

Szignifikáns ($\chi^2(1) = 5,738$, 1 , $p < 0,05$), gyenge összefüggés (Cramér-féle $V = 0,248^*$) tapasztalható a hallgató neme és az influenza ellen ajánlott védőoltás felvétele között. Az influenza elleni vakcina felvétele (31,2%, n = 29 fő) a férfiak körében volt jellemzőbb (48,3%), a nők kevesebb mint egynegyede (23,4%-a) oltatja be magát.

Kirándulás előtt kullancsencephalitis ellen védőoltást 8,6% (n = 8) adatott már be magának. A vizsgálatba bevont személyek 30,1%-ának (n = 28) van gyermeke, ezen hallgatók 82,1%-a (n = 23) adatott már be a gyermekének ajánlott védőoltást (influenza, rotavírus, HPV ellen stb.). Az oltási attitűdöt nagymértékben befolyásolta a HPV elleni vakcina esetén az ahhoz való ingyenes

hozzáférés. A válaszadók 57,0%-a (n = 53) beoltatná magát a HPV elleni oltóanyaggal, ha az ingyenes lenne.

Azok, akik nem adatnak be maguknak influenza elleni vakcinát (68,8%, n = 64 fő), többségében (79,7%, n = 51) indokolták is a nemleges választásukat.

Elsősorban azért nem oltatják be magukat az influenza elleni védőoltással, mert nem látják annak szükségét (39,2%). [2. táblázat] A válaszadók közel egynegyede (23,5%) bizalmatlan az oltóanyaggal szemben, néhány esetben saját vagy mások negatív tapasztalata miatt.

Az összes válaszadó fele (53,8%, n = 50) az ajánlott védőoltásokról különböző forrásokból tájékozódik.

Szignifikáns ($\chi^2(4) = 21,454$, $p < 0,001$), közepes erősségű az összefüggés (Cramér-féle $V=0,480$) aközött, hogy a hallgató melyik képzésben tanul, és hogy gyűjt-e az ajánlott védőoltásokkal kapcsolatban információt. Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakon minden hallgató (100,0%), míg az egészségfejlesztő mentálhigiéné szakon a

többség (90,9%) tájékozódik az ajánlott védőoltásokról. A mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő szakon (60,0%), valamint az edző szakon tanuló hallgatók több mint fele (53,3%) gyűjt

ilyen irányú információkat. A sport- és rekreáció-szervező szakos hallgatók számára kevésbé lényegesek ezek az információk, az ajánlott oltásokról mindössze 28,6%-uk tájékozódik.

2. táblázat: Az influenza elleni védőoltás elutasításának indoka, hallgatói saját válaszok (n = 51)

Hallgatók által megfogalmazott indok	Összesen fő (%)
„Nem tartom indokoltnak, hogy beadassam.”	20 (39,2)
„Nem bízom az oltóanyagban, nem hiszek benne.”	12 (23,5)
„Erős az immunrendszerem, vagy törekszem annak erősítésére.”	8 (15,7)
„Eddig sem vettem fel, ezután sem fogom.”	3 (5,9)
„Még sosem voltam influenzás.”	2 (3,9)
„Másként védekezek ellene.”	1 (2,0)
„Az oltóanyagban lévő káros anyaggal nem szeretném szervezetemet terhelni.”	1 (2,0)
„Az oltóanyaggal nem szeretném legyengíteni az immunrendszeremet.”	1 (2,0)
„Félek az injekciós tűtől.”	1 (2,0)
„Nem szeretném felvenni.”	1 (2,0)
„Nem tudom, hogyan adathatnám be magamnak.”	1 (2,0)

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Az ajánlott védőoltással kapcsolatos tájékozódás forrása (n = 50)

Tájékozódási forrás	Összesen fő (%)
Családorvos, házi gyermekorvos	41 (82,0)
Valamely családtag	24 (48,0)
Internet	21 (42,0)
Barátok, ismerősök	16 (32,0)
Védőnő	13 (26,0)
Média	12 (24,0)
Szakmai ajánlás figyelembe vétele	11 (22,0)
Gyógyszerész	2 (4,0)
Orvosi szaklapok olvasása	2 (4,0)
Szakorvosi vélemény	1 (2,0)

Forrás: saját szerkesztés

A vizsgálat során tájékozódási forrásként egy személy több forrást is megjelölhetett. [3. táblázat]

Valamennyi szak hallgatóinak elsődleges információforrása az ajánlott védőoltásokkal kapcsolatban a családorvos személye. Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő továbbképzési szak hallgatói körében nem elsődleges a családorvos személye (57,1%), náluk a családtag is ugyanolyan jelentős

(57,1%) információforrás, ahogy a média is (57,1%). A média, mint információforrás, ezen szak hallgatói körében a legjellemzőbb. Az egészségfejlesztő mentálhigiéné szakos hallgatók körében (20,0%) nem jelentős tájékozódási forrás valamely családtag személye, ellenben a többi szak hallgatói számára jelentősége nagyobb. Az internet kevésbé jellemző tájékozódási forrás az ajánlott védőoltásokról a sport- és rekreációs-szervező szakosok körében, mint a többi szak képviselőinél.

A hallgatók mindössze 14,0%-a ($n = 13$) ismer olyan internetes oldalt / oldalakat, ahol védőoltásokról tájékozódhat. Az említett oldalak között szerepel az antsz.hu (38,5%, $n = 5$), az nnk.gov.hu (Nemzeti Népegészségügyi Központ) oldal (23,1%, $n = 3$), a semmelweis.hu (15,4%, $n = 2$), a medicalonline.hu, az immed.hu, a PubMed és a Házi Patika internetes oldala, valamint a webbeteg.hu, ez utóbbiak egy-egy esetben kerültek megemlítésre.

A hallgató tanulmányai és a védőoltásokkal kapcsolatos internetes oldalak ismerete között szignifikáns ($\chi^2(4) = 17,411$, $p < 0,05$), közepesen erős összefüggés (Cramér-féle $V = 0,433$) van. Elsősorban az egészségfejlesztő mentálhigiéné szakos hallgatók (45,5%) tudtak internetes oldalt, oldalakat megnevezni, ahonnan tájékozódni lehet ajánlott védőoltásokkal kapcsolatban. Az egészségfejlesztő mentálhigiéné szakon tanuló hallgatók hat különböző internetes felületet neveztek meg, míg a mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő szakosok négyet, az edzők és a szakvizsgát adó képzésben részt vevő hallgatók pedig mindössze egy-egy felületet.

A válaszadók 49,5%-a ($n = 46$) úgy vélte, tudja, hogy külföldre utazás előtt hova fordulhat információért védőoltással kapcsolatban. Főként az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgát adó képzésben részt vevő (85,7%) és az egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzésben részt vevő (81,8%) hallgatók tudják, hogy a védőoltásra vonatkozó információk honnan szerezhetők be külföldre utazás előtt. A mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő szakos hallgatók fele (52,0%), az edző szakosok közel fele (46,7%) számára ismert, hogy hova fordulhatnak ilyen jellegű ismeretekért. A sport- és rekreációs szervező szakosok többsége (68,6%) nem tudja, hol szerezhet utazás előtt a vakcináról információt.

A hallgatók 76,1%-a ($n = 35$) szerint a családorvostól, míg 10,9%-a ($n = 5$) szerint az ÁNTSZ-től lehet ilyen esetben tájékoztatást kérni. Hárman (6,5%) az oek.hu internetes oldalon kerestek ilyen jellegű adatot, ugyancsak három személy (6,5%) említette információforrásként a konzuli szolgálatot, illetve négy-négy személy (8,7%-8,7%) az oltóközpontot, valamint az orvos személyét írta. Családtagtól két hallgató (4,4%) tájékozódna. A védőnő, a Külgazdasági és

Külgazdasági és Kültügyi Minisztérium, a Kormányhivatal és az immed.hu internetes oldal egy-egy esetben (esetenként 2,2%) jelent meg.

A hallgatók több mint fele (57,0%, $n = 53$) nem javasolná ismerősének az ajánlott védőoltás beadatását. Egy négyfokú skálán inkább egyetértettek azzal az állítással, hogy a fertőző betegségekkel szemben a legjobb védekezési eljárás a vakcinák beadatása (átlag = 2,72), ahogy azzal is, hogy ez az eljárás több előnnyel jár, mint kockázattal (átlag = 2,70). Azonban elsősorban azt hangsúlyozták, hogy a védőoltásokon kívül más hatékony módszerekkel is védekezhetünk a fertőző megbetegedésekkel szemben (átlag = 3,24). Ez az egyetértés (átlag = 2,56) még igaznak mutatkozott arra az állításra is, hogy az influenza elleni vakcina ingyenes, a hatékonysága megbízható. Azzal, hogy a HPV elleni védőoltás felvétele kizárólag a lányok, a nők számára fontos, vagy, hogy a HPV nem veszélyezteti a fiúkat, férfiakat már inkább nem értettek egyet (átlag = 2,31 és 1,90).

A férfiak HPV veszélyeztetettségével kapcsolatban szignifikáns ($\chi^2(3) = 7,842$, $p < 0,05$), gyenge eltérés (Cramér-féle $V = 0,290^*$) van a férfiak és nők között, a nők nagyobb arányban látják veszélyeztetettnek a férfiakat.

A vizsgálatba bevont hallgatók az ajánlott védőoltással beoltatják magukat, ha a családorvosuk ajánlja (átlag = 2,81) vagy félnek egy adott betegségtől (átlag = 2,55), és a felvételt befolyásolja az oltóanyag hatékonysága is (átlag = 2,97).

A védőoltással kapcsolatos döntésben közepesen erős (Cramér-féle $V = 0,322^*$), szignifikáns ($\chi^2(3) = 9,629$, $p < 0,05$) összefüggés van a hallgató neme és aközött, hogy jelentőséget tulajdonít-e az ajánlott oltóanyag hatékonyságának. Az ajánlott vakcina hatékonyságának ismerete a nők körében (84,4%) nagyobb befolyásoló tényező az adott védőoltás felvételének eldöntésében, mint a férfiaknál (58,6%).

Úgy vélték, hogy kellő információval rendelkeznek a fertőző betegségekről, így ezen információkat is figyelembe veszik az ajánlott védőoltás beadatásának kérdésében (átlag = 2,71). Az is jellemző a vizsgálatba bevont személyekre, hogy mivel rendszeresen erősítik immunrendszerüket (átlag = 2,88) és úgy vélik a fertőző megbetegedésekkel szemben máshogy is lehet

védekezni (átlag = 2,74) nem indokolt felvenniük ajánlott védőoltásokat. A hallgatók körében nem jellemző az ajánlott oltóanyag beadatásának elutasítása az oltástól vagy az oltással járó fájdalomtól való félelem (átlag = 1,59), vagy az egészségüggyel szembeni bizalmatlanság (átlag = 2,17) miatt. Továbbá az egyénnél korábban lezajló betegség (átlag = 1,93) miatt ajánlott vakcina felvétele sem tipikus körükben.

Közepesen erős (Cramér-féle $V = 0,410^*$), szignifikáns ($\chi^2(3) = 15,599$, $p < 0,05$) összefüggés van az ajánlott védőoltás politikai, vallási meggyőződésből történő elutasítása és a hallgató neme között. Az ajánlott védőoltásnak politikai vagy vallási meggyőződésből történő elutasítása (19,4%, $n = 18$) férfiak körében jellemzőbb (27,6%), nők körében kisebb számban fordult elő (15,6%).

Szignifikáns ($\chi^2(12) = 23,274$, $p < 0,05$), de gyenge összefüggés (Cramér-féle $V = 0,289^*$) van a hallgató szakja és az arra vonatkozó szemlélete között, hogy a védőoltásokra nincs szükség, mert a betegség leküzdése erősíti az immunrendszert. A mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő mesterképzési szakon tanuló hallgatók több mint fele (56,0%) úgy véli, hogy nincsen szüksége ajánlott vakcina felvételére, mert a betegség legyőzése immunrendszerét erősíti. A többi szakon tanuló hallgatónak kevesebb mint a felére (sport- és rekreációs szervező 45,7%, edző 33,3%, egészségfejlesztő mentálhigiénikus 27,3%, egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgázó 28,6%) igaz ez a szemlélet.

Ugyancsak szignifikáns ($\chi^2(12) = 23,644$, $p < 0,05$), gyenge összefüggés (Cramér-féle $V = 0,291^*$) van a hallgató tanulmánya és a fertőző betegségekkel kapcsolatos tájékozottság szubjektív megítélése között. Képzési szakok szerint a hallgatók több mint felére igaz, hogy kellő információt birtokolnak a fertőző megbetegedésekről, amelyek ismeretében döntenek ajánlott védőoltás felvételéről. Az egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő továbbképzésben részt vevő vizsgálatba bevont hallgatók körében ez az állítás mindenki esetében helytálló.

MEGBESZÉLÉS

A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézetben tanulmányokat folytató hallgatók körében nem jellemző az ajánlott védőoltások felvétele, viszont gyermekeiknek többségében (82,1%) adták már be javasolt oltóanyagot. A hallgatók döntését az ajánlott védőoltások beadatásával kapcsolatban befolyásolja annak költségvonzata. A hallgatók mintegy fele (57,0%) beolttatná magát HPV elleni védőoltással, ha az ingyenes lenne.

Az influenza elleni oltóanyag beadatása – hasonlóan más vizsgálati eredményekhez – a válaszadók kevesebb mint egyharmadát, főként a férfiakat jellemzi. 2018-as hazai vizsgálat eredménye szerint az orvostanhallgatók 24%-a vette fel az influenza elleni védőoltást, főként a férfiak (Fehér, Fekete, Varga, & Horváth, 2019). Ugyancsak 2018-ban végeztek vizsgálatot a Szegedi Tudományegyetemen tanuló hallgatók körében, akiknek 30,6%-a vett már fel influenza elleni vakcinát, az oltást nem felvettek 31%-a később sem fogja beadatni (Vezér et al., 2019). Akik nem kérik az influenza elleni védőoltás beadatását, elsősorban azzal indokolták döntésüket, hogy nem tartják szükségesnek az oltóanyagot, illetve az azzal szembeni bizalmatlanság is megjelent érveik között. Mindez a nem megfelelő tájékozottságot tükrözi, hiszen bizonyított, hogy az influenza elleni védőoltás más betegségek lefolyására is kedvező hatással van, az influenza elkerülésén túl (Vajó, 2021).

Kedvező, hogy a hallgatók fele (53,8%) tájékozódik az ajánlott védőoltásokról. Képzési szak szerint, elsősorban a szakvizsgát adó képzésben részt vevő (100,0%) és a posztgraduális (90,9%) képzésben részt vevő hallgatók tájékozódnak a javasolt vakcinákról, legkevésbé pedig az alapképzésben részt vevőknek fontos. Az információik forrása elsősorban a családorvosuk, vagy a gyermekük orvosa. Eredményünk megerősítette, hogy a családorvosok jelentős szerepet töltenek be az emberek ajánlott védőoltásokkal kapcsolatos döntési folyamatában (Hajnal, Busa, Papp, & Balogh, 2017). Lényeges kiemelni, hogy az internetes források használata is jelen van körükben, de a vizsgálatba bevont személyek mindössze 14,0%-a tudott megnevezni internetes oldalt /

oldalakat, ahonnan megbízható információkhoz juthat. Főként a posztgraduális képzésben résztvevők neveztek meg internetes felületeket forrásként, viszont ezt az alapképzésből vizsgálatba bevont hallgatók egyike sem tette.

A hallgatók közel 60%-a nem is javasolná ajánlott oltóanyag felvételét. Véleményük szerint más hatékony módszerei is vannak a védekezésnek a fertőző betegségekkel szemben. Ez persze nem jelenti, hogy ne ismernék el a védőoltások szerepét a fertőző megbetegedésekkel szemben, vagy hogy ne tudnák, hogy több előnye van a vakcináknak, mint kockázata. Úgy vélik, elegendő ismereteket birtokolnak ezen a téren, hogy döntést tudjanak hozni az ajánlott védőoltás felvételéről. Döntésükben szerepet játszik az oltóanyag hatékonysága (elsősorban a nők körében), valamint az, ha a családorvosuk ajánlja, de a betegségtől való félelmük is. A felmérésből kiderült, hogy egyeseknek vannak hibás ismereteik az oltásokkal kapcsolatban, amely kapcsán szükséges lenne helyesbítés, míg másoknál a bizonytalanságok eloszlására lenne szükség. A hallgatók több mint egyharmada (38,7%) helytelenül látja, hogy kizárólag a lányok, a nők számára fontos a HPV elleni védőoltás beadása. A hallgatók többsége (76,3%) tudja, vagy úgy gondolja, hogy a HPV a fiúkra, a férfiakra is veszélyes lehet, de megjelentek a felmérésben az ezt tagadó, helytelen elgondolások is. Az eredmény még így is kedvezőbbnek mutatkozik egy 2017-es hazai vizsgálat tapasztalatához képest. Ebben ugyanis a 18 év alatti gyermekeket nevelő magyar szülők 76%-a helytelenül gondolta vagy nem tudta, hogy a HPV súlyos megbetegedést okozhat a fiúk, férfiak körében is. E korábbi kutatás eredménye szerint is lényeges a megfelelő ismeret, tudás birtoklása az adott fertőzésről, és a fertőzés által okozott megbetegedésről ahhoz, hogy megfelelő döntést tudjunk hozni az ajánlott védőoltások beadatásáról (Kun, Gács, Benedek, Mészner, & Koltai, 2017).

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a szerzőről:

Mátó Veronika, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Szeged; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged, mato.veronika@szte.hu

KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat rámutatott arra, mennyire fontos, hogy azok a hallgatók, akiknek szakterülete az egészségtudományokhoz kötődik, helyes információkkal rendelkezzenek a védőoltásokkal kapcsolatban. Az is lényeges, hogy szemléletük ne elutasító legyen a kötelező vagy ajánlott védőoltások beadatása terén. Ezeknek a hallgatóknak ismerniük kell a tudományosan alátámasztott tényeket, a megbízható, hiteles forrásokat és fontos, hogy képesek legyenek kritikusan gondolkodni. Ebből az következik, hogy az előadás mellett olyan pedagógiai módszerek is nagyobb hangsúlyt kell, hogy kapjanak a felsőoktatásban, amelyekkel a hallgatók kritikus gondolkodása erősíthető. Kritikus gondolkodás kell például a disputa módszer eredményes alkalmazásához.

Szükségszerű lenne, hogy az ajánlott védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek kockázati tényezőit is ismerjék. Mindez azért különösen fontos, mert ezek a leendő szakemberek emberekkel fognak dolgozni vagy dolgoznak jelenleg is, tehát hatással vannak a társadalom tagjaira, és befolyásolni tudják őket, hogy felelősségteljes döntéseket hozzanak, akár egy oltás beadatásával kapcsolatban is.

A felmérésből is látszik, hogy a hallgatók oltási attitűdjén szükséges lenne javítani, továbbá fontos lenne az oltásokkal kapcsolatos téves információk eloszlása. Erre az újfajta kihívásra az egészségtudományokhoz kapcsolódó képzéseknek is reagálniuk kell, és a jövőben törekedni ennek beépítésére a képzési struktúrákba. Ha a hallgatók egészségkommunikációja, tájékozottsága, tudása megfelelő, képesek a környezetükben lévő emberek oltásokra vonatkozó attitűdjét kedvező irányba befolyásolni, az azokkal kapcsolatos tévhiteket eloszlatni.

HIVATKOZÁSOK

- Elek, S. (2012). Védőoltások – információs problémák. *Gyógyszereink*, 62(6), 146–147.
- Fehér, Á., Fekete, M., Varga, J. T., & Horváth, I. (2019). Az orvostanhallgatók vakcinológiai tájékozottsága. *Orvosi Hetilap*, 160(30), 1193–1199. doi: [10.1556/650.2019.31426](https://doi.org/10.1556/650.2019.31426)
- Goda, V. (2020. 08. 05.). *Tévhit a védőoltásokról és a védőoltás-allergiáról*. Magyar Tudományos Akadémia Kommunikációs Főosztály. <https://tudomany.hu/cikkek/tevhitek-a-vedooltasokrol-es-a-vedooltas-allergiáról-110701?system=cachefrissit&rnd=2421815>
- Hajnal, F., Busa, Cs., Papp, R., & Balogh, S. (2017). Az alapellátásban dolgozó orvosok és munkatársaik preventív szerepe járványok idején. *Orvosi Hetilap*, 158(14), 523–532. doi: [10.1556/650.2017.30627](https://doi.org/10.1556/650.2017.30627)
- Horváth, V. (2012). A védőoltások jelentősége az immunológia kezdeti időszakában és napjainkban. *Gyógyszereink*, 62(6), 156–157.
- Illyés, A. (2016). Védőoltások fontossága és kommunikációja. *Élet és Tudomány*, 71(1), 3.
- Inhoff, E., Gyergyák, K., Illyés-Kovács, A., Lukács, E., & Turcsán, J. (2020). Hitek és tévhitek a védőoltással kapcsolatban. *Nővér*, 33(4), 1–6.
- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709–1716. doi: [10.1016/j.vaccine.2009.12.022](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2009.12.022)
- Kun, E., Gács, Zs., Benedek, A., Mészner, Zs., & Koltai, J. (2017). A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig. *Egészségfejlesztés*, 58(4), 10–19. doi: [10.24365/ef.v58i4.186](https://doi.org/10.24365/ef.v58i4.186)
- Kun, E., Benedek, A., & Mészner, Zs. (2019). Védőoltásokkal kapcsolatos kételyek és elkötelezettség a magyarországi egészségügyi alapellátásban dolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(48), 1904–1914. doi: [10.1556/650.2019.31538](https://doi.org/10.1556/650.2019.31538)
- Meppelink, C. S., Smit, E. G., Fransen, M. L., & Diviani, N. (2019). "I was right about vaccination": Confirmation bias and health literacy in online health information seeking. *Journal of Health Communication*, 24(2), 129–140. doi: [10.1080/10810730.2019.1583701](https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1583701)
- Narayanan, S. S., Jayaraman, A., & Gopichandran, V. (2018). Vaccine hesitancy and attitude towards vaccination among parents of children between 1–5 years of age attending a tertiary care hospital in Chennai, India. *Indian Journal of Community & Family Medicine*, 4(2), 31–36. doi: [10.4103/2395-2113.251436](https://doi.org/10.4103/2395-2113.251436)
- Nemzeti Népegészségügyi Központ. (2021). *A Nemzeti Népegészségügyi Központ módszertani levele a 2021. évi védőoltásokról*. https://www.antsz.hu/data/cms100122/VML_2021_NNK.pdf
- Országos Epidemiológiai Központ. (2014. 10. 29.). *Tények és tévhitek a védőoltásokról*. ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatala. https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/jarvany_archivum/oltasbiztonsag/tenyek-es-tevhitek-a-vedooltasrol.html
- Tarkó, K. (2021). Recenzió. Johan Béla – A társadalom szerepe az egészségvédelmi munkában. *Népegészségügy*, 98(1), 24.
- Vajó, P. (2021). Az influenza elleni védőoltás hatása egyes más egészségügyi tényezőkre. *Economica*, 12(1-2), 36–50. doi: [10.47282/economica/2021/12/1-2/9610](https://doi.org/10.47282/economica/2021/12/1-2/9610)
- Vezér, T., Müller, A., Lukács, A., Borsányi, F., D. Kis, N., Halápi, B., Katona, Cs., & Paulik, E. (2019). Influenza vakcinációs magatartás és befolyásoló tényezőinek vizsgálata a Szegedi Tudományegyetemen. *Egészségtudomány*, 63(3-4), 3–31. doi: [10.29179/EgTud.2019.3-4.3-31](https://doi.org/10.29179/EgTud.2019.3-4.3-31)
- Witkowski, S. (2018. 08. 16.). Psychology researchers explore how vaccine beliefs are formed. VOA. <https://www.voanews.com/a/psychology-researchers-explore-how-vaccine-beliefs-are-formed/4531986.html>

OECD: Egészségpillanatkép 2021. Összefoglaló

OECD: Health at a Glance 2021. Summary

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett	OECD (2021), <i>Health at a Glance 2021: OECD Indicators</i> , OECD Publishing, Paris.
szakdokumentum:	doi: 10.1787/ae3016b9-en
Kulcsszavak:	egészségi állapot; egészségügyi rendszer; Covid-19; OECD; indikátor
Keywords:	health status; health system; COVID-19; OECD; indicator

Beküldve: 2021. 12. 16., doi: [10.24365/ef.v63i1.7831](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7831)**ÖSSZEFOGLALÓ**

A Covid-19 hatalmas emberi, társadalmi és gazdasági költségeket okozott, és nyilvánvalóvá tette, hogy számos egészségügyi rendszer alapvetően nem képes ellenállni a sokkhatásoknak. A világjárvány több millió emberéletet követelt, és még többen szenvedtek a vírus közvetlen vagy közvetett következményeként betegségben. Hatalmas nyomást gyakorolt az egészségügyi rendszerekre, amelyek gyakran már a világjárvány előtt is túlterheltek voltak. A világjárvány azt is megmutatta, hogy a hatékony egészségügyi kiadások befektetésnek számítanak, nem pedig visszafogandó költségnek: az erősebb, ellenállóbb egészségügyi rendszerek védik a lakosságot és a gazdaságot. Ugyanakkor a további egészségügyi kiadások és a Covidhoz kapcsolódó adósságok súlyosan megterhelik a költségvetéseket, és gondos ellenőrzést igényelnek a pénz optimális felhasználása érdekében. Az egészségügyi kiadások továbbra is túlnyomórészt a gyógyító ellátásra összpontosítanak a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés helyett, és sokkal többet költenek a kórházakban, mint az egészségügyi alapellátásra. A jövőre nézve elengedhetetlen az egészségügyi rendszerek ellenálló képességének és felkészültségének megerősítése. A digitális egészségügy és a jobb integrált ellátás terén elért előrelépések révén biztató jelek utalnak a rendszerszintű változás lehetőségére.

A COVID-19 MINTEGY 2,5 MILLIÓ TÖBBLETHALÁLOZÁST OKOZOTT AZ OECD-TAGORSZÁGOKBAN, ÉS JELENTŐS NEGATÍV HATÁSSAL VOLT A MENTÁLIS EGÉSZSÉGRE.

- A Covid-19 közvetlenül és közvetve hozzájárult ahhoz, hogy az Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete (*Organization for Economic Co-operation and Development*, OECD) tagországokban 2020-ban és 2021 első felében várható halálozások száma 16%-kal megemelkedett. A várható élettartam 30 összehasonlítható adattal rendelkező országból 24-ben csökkent, különösen nagy volt a visszaesés az Amerikai Egyesült Államokban (-1,6 év) és Spanyolországban (-1,5 év).
- A Covid-19 aránytalanul nagymértékben sújtotta a veszélyeztetett népességcsoportokat. A regisztrált Covid-19 halálesetek több mint 90%-a a 60 éves vagy annál idősebbek körében következett be. Egyértelmű társadalmi egyenlőtlenség is megfigyelhető: a hátrányos helyzetűek, a hátrányos helyzetű területeken élők, valamint a legtöbb etnikai kisebbség és bevándorló esetében magasabb a fertőzés és a halálozás kockázata.
- A védőoltások csökkentették a Covid-19 okozta súlyos megbetegedés és halálozás kockázatát, mivel a teljeskörűen beoltottak aránya 9 országban meghaladta a 70%-ot, és 2021. október 18-ig 15 ország indított emlékeztető programokat a veszélyeztetett csoportok számára az OECD-tagországokban. A bizonyítékok arra utalnak, hogy a vakcinák némileg kevésbé hatékonyak a delta változat tüneti megbetegedésének megállításában, de még mindig nagyon hatékonyak

(több mint 90%) a kórházi felvételek megelőzésében.

- A világjárványnak óriási hatása volt a mentális egészségre: a szorongás és a depresszió előfordulása több mint kétszerese volt a válság előtt megfigyelt szintnek a legtöbb olyan országban, ahol rendelkezésre állnak adatok, különösen Mexikóban, az Egyesült Királyságban és az Amerikai Egyesült Államokban.
- A Covid-19 után hosszú ideig megmaradó tünetek lassúvá és nehezzé tették a felépüléshez vezető utat. Az Egyesült Királyságban például 1,1 millió ember (a lakosság 1,7%-a) számolt be Covid-19 utótünetekről a korai időszakban. Az Amerikai Egyesült Államokban a legújabb kutatások becslései szerint a betegek 37%-a szenvedett legalább egy Covid-19 utótünettől 4-6 hónappal a diagnózis felállítása után.

AZ EGÉSZSÉGTELEN ÉLETMÓD ÉS A ROSSZ KÖRNYEZETI FELTÉTELEK TOVÁBBRA IS RONTJÁK AZ ÉLETMINŐSÉGET, MEGRÖVIDÍTIK AZ ÉLETET, ÉS CSÖKKENTIK A LAKOSSÁG ELLENÁLLÓKÉPESSÉGÉT AZ EGÉSZSÉGGÁRÓSÍTÓ TÉNYEZŐKKEL SZEMBEN.

- A dohányzás, a káros alkoholfogyasztás és az elhízás számos krónikus betegség kiváltó oka, és növelik a Covid-19-ben bekövetkező halálozás kockázatát.
- A napi dohányzás aránya a legtöbb OECD-tagországban csökkent az elmúlt évtizedben, de még mindig 17% dohányzik naponta. Törökországban, Görögországban, Magyarországon, Chilében és Franciaországban a naponta dohányzók aránya elérte a 25%-ot vagy annál is többet.
- Az erősen alkoholfogyasztó emberek aránya a vizsgált OECD-tagországokban a lakosság 4-14%-a között mozog, ugyanakkor alkoholt 31-54%-a fogyaszt. A káros alkoholfogyasztás különösen magas Lettországon és Magyarországon.
- Az elhízás aránya a legtöbb OECD-tagországban tovább emelkedik, a felnőttek átlagosan 60%-a túlsúlyos vagy elhízott. Az elhízás aránya Mexikóban, Chilében és az Amerikai Egyesült Államokban a legmagasabb.
- A serdülők körében a 15 évesek mintegy 16%-a dohányzott legalább havonta egyszer, és több mint 30%-a legalább kétszer berúgott már életében, az OECD-tagországok átlagában. Valamivel több mint 18%-uk volt

túlsúlyos vagy elhízott, és csak 14%-uk érte el az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlásait.

- A környezeti (kültéri) légszennyezés átlagosan 29 halálesetet okozott 100 ezer emberre vetítve, és több mint hétszeres eltérést mutatott az OECD-tagországok között. Az OECD előrejelzései szerint a környezeti levegőszennyezés 2060-ra világszerte évente 6-9 millió idő előtti halálesetet okozhat.
- A betegségmegelőzésre fordított kiadások továbbra is viszonylag alacsonyok, átlagosan az összes egészségügyi kiadásnak csak 2,7%-át teszik ki.
- Annak ellenére, hogy a legtöbb OECD-tagországban általános egészségügyi lefedettséget biztosítanak, a hozzáférés akadályai továbbra is fennállnak, és a Covid-19-járvány gátolja az egyéb egészségügyi ellátást.
- A Covid-19-járvány jelentős közvetett hatást gyakorolt a vírussal nem fertőzöttekre is. Például a mellrákszűrés 2020-ban átlagosan 5%-kal csökkent 2019-hez képest.
- Megnövekedett a nem életmentő műtétekre való várakozási idő, amely már a járvány előtt is politikai problémát jelentett számos országban. A várólistán töltött napok mediánja 2020-ban csípőprotézisek esetében átlagosan 58 nappal, térdprotézisek esetében pedig 88 nappal nőtt 2019-hez képest.
- Az egy főre jutó személyes orvosi konzultációk száma a 2020-as adatokkal rendelkező nyolc országból hétben csökkent, Chilében és Spanyolországban akár 30%-kal is. A személyes konzultációk csökkenését azonban bizonyos mértékig ellensúlyozta a távkonzultációk növekedése.
- A világjárvány valóban felgyorsította az egészségügyi ellátás digitális átalakulását az OECD-tagországokban. Például 2021-ben a felnőttek átlagosan 45%-a vett részt orvosi távkonzultáción. Továbbá 2020-ban a felnőttek mintegy 60%-a keresett online egészségügyi információkat, szemben a 2010-ben mért 36%-kal.

AZ ELLÁTÁS MINŐSÉGE JAVUL A BIZTONSÁG ÉS A HATÉKONYSÁG TERÜLETÉN, ÉS NAGYOBB FIGYELMET FORDÍTANAK A BETEGEK BESZÁMOLÓIRA ÉS TAPASZTALATAIRA.

- Annak ellenére, hogy a betegbiztonság idővel javult, a kórházi személyzet közel fele

- átlagosan úgy vélte, hogy munkahelye nem elég jó az orvosi hibák megelőzésében.
- Az erős alapellátási rendszerek alkalmasak a lakosság egészségének, és a legtöbb szövődménymentes esetet ellátják. A kórházakra nehezedő nyomást is enyhítik: az elmúlt évtizedben a legtöbb OECD-tagországban csökkent a krónikus betegségek miatt elkerülhető felvételek száma, Korea, Litvánia és a Szlovák Köztársaság pedig jelentős javulást ért el. Az alapellátás költségei azonban mindössze az egészségügyi kiadások 13%-át teszik ki átlagosan.
 - Az akut ellátási szolgáltatások továbbra is javulnak alapvető feladatuk, az emberek életben tartása terén. Szinte minden OECD-tagországban alacsonyabb a szívrohamot vagy agyvérzést követő 30 napos halálozás, mint tíz évvel ezelőtt. A kórházba visszavételekről, az egyéves halálozásról és a kórházi kezelést követő gyógyszerfelírásokról szóló új adatok arra utalnak, hogy az ellátás integrációja idővel némileg javult.
 - Az ellátás minőségének mélyebb megértéséhez azt kell mérni, hogy mi az, ami az emberek számára fontos. Az egészségügyi rendszerek egyre gyakrabban kérdezik meg a betegeket az ellátásuk eredményeiről és tapasztalatairól. Az előzetes eredmények javulást mutatnak a betegek által bejelentett eredményekben. Például a csípőprotézis beültetése után az Oxford Csípő és Térd Pontrendszer (*Oxford Hip Score*) alapján az egyén életminősége átlagosan 44%-kal javult.
 - A 2020-ra vonatkozó előzetes adatok azt mutatják, hogy az alap- és akut ellátási környezetben az ellátás minősége a súlyos nyomás ellenére gyakran megmaradt, bár a szolgáltatásokhoz való hozzáférés sok esetben nehézségbe ütközik.

A COVID-19-JÁRVÁNY AZ EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK ERŐTELJES NÖVEKEDÉSÉHEZ VEZETETT, DE AZ EGÉSZSÉGÜGYI MUNKAERŐ HIÁNYA TOVÁBBRA IS FENNÁLL.

- A világjárványt megelőzően az OECD-tagországokban az egészségügyi kiadások átlagosan több mint 4 000 amerikai dollárt (USD) tettek ki fejenként, és az Amerikai Egyesült Államokban megközelítették a 11 000 USD-t. A fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás teszi ki az

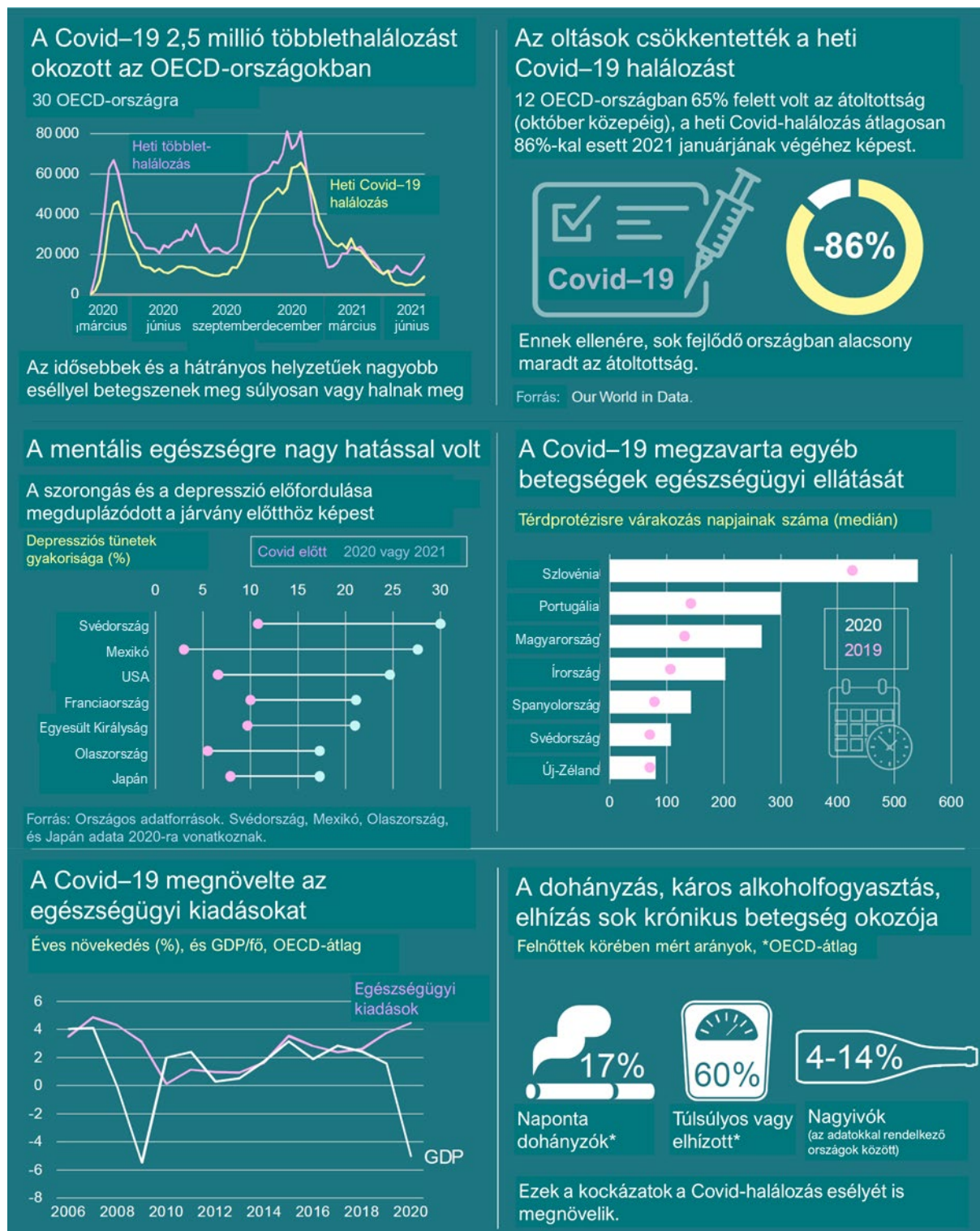
- egészségügyi kiadások nagy részét, jellemzően az összes egészségügyi kiadás 60%-át.
- A Covid-19 megjelenésével számos országban, különösen Európában, az egészségügyi kiadások erőteljes növekedése következett be. A gazdasági tevékenység csökkenésével párosulva az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított átlagos aránya a 2019-es 8,8%-ról 2020-ra 9,7%-ra ugrott. A világjárvány által súlyosan érintett országok példátlan mértékű növekedésről számoltak be az egészségügyre fordított GDP-arányos kiadások tekintetében. Az Egyesült Királyság például a 2019-es 10,2%-ról 2020-ra 12,8%-ra becsülte a növekedést, míg Szlovénia azzal számolt, hogy az egészségügyi kiadások aránya 8,5%-ról több mint 10%-ra emelkedik.
 - Bár az orvosok és ápolók száma az elmúlt évtizedben szinte valamennyi OECD-tagországban nőtt, hiány továbbra is tapasztalható. A hiányokra a világjárvány ráirányította a figyelmet, mivel az egészségügyi és a krónikus ellátás ápolószemélyzetének hiánya nagyobb akadállyal bizonyult, mint a kórházi ágyak és berendezések hiánya.
 - A népesség elöregedése növeli az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet: a 65 éves vagy annál idősebb népesség aránya 2019-ben eléri a 17%-ot. A Covid-19-járvány kiemelte a krónikus ellátásban kulcsfontosságú ápolási ágazat már meglévő gyengeségeit, beleértve a fertőzések ellenőrzésével kapcsolatos kihívásokat a létesítményalapú ápolásban.

Az OECD-jelentés összefoglaló infografikáját az 1. ábra mutatja be.

MAGYARORSZÁG ÖSSZEHASONLÍTÁSA A TÖBBI OECD-TAGÁLLAMMAL AZ ALAPVETŐ MUTATÓK SZERINT

Alábbiakban az egészségre és az egészségügyi rendszerekre vonatkozó alapvető mutatók alapján bemutatásra kerül, hogy Magyarország hogyan viszonyul a többi OECD-tagállamhoz. [1. táblázat] Az egyes országok értékeinek gyors összevetését az ún. országtáblák teszik lehetővé hat dimenzióban: egészségi állapot, egészségkockázatok, hozzáférés, minőség és eredményesség, az egészségügyi rendszerek kapacitása és erőforrásai, valamint a Covid-19-járvány.

1. ábra: Főbb tények és számok



Forrás: saját szerkesztés az eredeti alapján

1. táblázat: A magyar lakosság egészsége és az egészségügyi rendszer összevetése az OECD átlagos értékeivel*

		OECD- átlag	MAGYARORSZÁG	
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT				
Várható élettartam	születéskor; év	81	76,1	X
Elkerülhető halálozás	korra standardizált 100 ezer főre	199	374	X
Krónikus megbetegedések	cukorbetegség %-os gyakoriság; korra standardizált	6,7	6,9	✓
Vélt egészség	rossz vélt egészség %-os aránya a 15+ éves népességben	8,5	11,8	✓
EGÉSZSÉGKOCKÁZATOK				
Dohányzás	naponta dohányzók %-os aránya a 15+ éves népességben	16,5	24,9	X
Alkoholfogyasztás	liter/fő a 15+ éves népességben	8,7	11,4	✓
Túlsúly vagy elhízás	TTI \geq 25 a 15+ éves népességben	56,4	67,6	X
Külső levegőszennyezettség	haláleset 100 ezer főre	29	72	X
ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS				
Ellátásra jogosultság	alapvető ellátásra jogosultak %-os aránya	98	94	X
Ellással való elégedettség	minőségi ellátással való elégedettség %-os aránya	71	62	✓
Pénzügyi védelem	kötelező biztosítással fedezett egészségügyi kiadások %-os aránya	74	68,3	✓
Ellátottság	kielégítetlen ellátásról beszámolóak %-os aránya	2,6	1	✓
ELLÁTÁS MINŐSÉGE				
Biztonságos alapellátás	antibiotikum-felírás napi dózis ezer főre	17	13,3	✓
Hatékony alapellátás	elkerülhető COPD felvétel 100 ezer főre; korra standardizált			
Hatékony megelőzés	mammográfia az elmúlt 2 évben az 50-69 éves nők %-os arányában	61,7	39,1	X
Hatékony szakellátás	AMI halálozás 30 napon belül; 100 ezer főre; korra standardizált	6,6		
ELLÁTÁSI KAPACITÁSOK ÉS ERŐFORRÁSOK				
Egészségügyi kiadások	egy főre jutó USD összehasonlító áron	4087	2170	X
Kórházi ágyak	ezer főre	4,4	6,9	✓
Orvosok	praktizáló orvosok száma ezer főre	3,6	3,5	✓
Ápolók	praktizáló ápolók ezer főre	8,8	6,6	✓
COVID-19-JÁRVÁNY				
Többlethalálozás	1 millió főre	1499	2424	✓
Covid-halálozás	1 millió főre	1285	3070	X
Covid-fertőzöttek	1 millió főre	8392	8443	✓
Átoltottság	teljes oltottság %-os aránya 2021. 10. 18-ig	60	58,7	✓

* **X** jelöli az OECD-átlagtól való elmaradást, **✓** az átlaghoz közeli, vagy annál magasabb értéket;
TTI: testtömegindex, COPD: obstruktív légúti betegség; AMI: akut miokardiális szívbetege

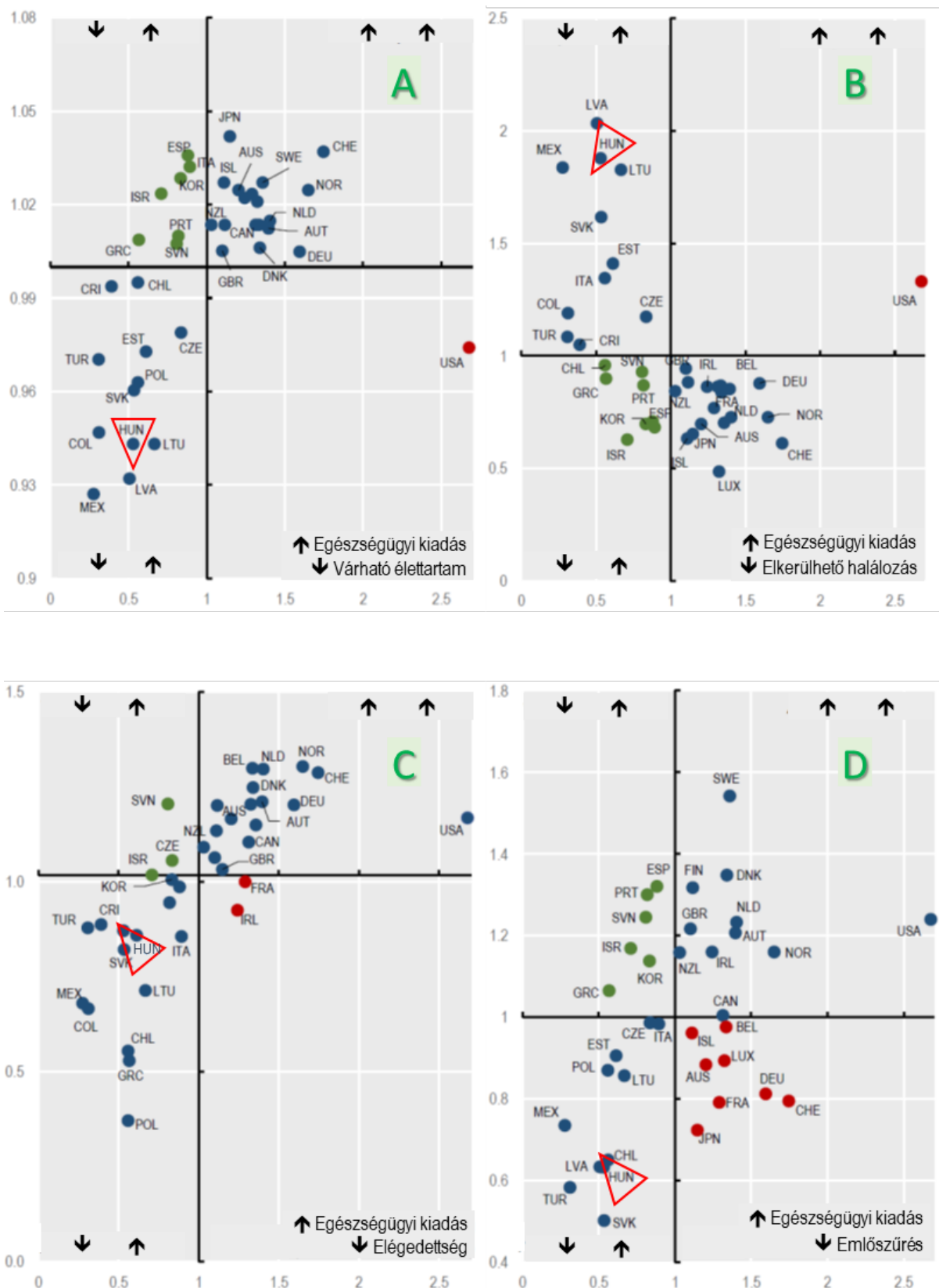
Forrás: saját szerkesztés az eredeti alapján

A táblázat adatai alapján megállapítható, hogy Magyarország főként a lakosság egészségében, az egészségkockázatokban, illetve az azokhoz kapcsolódó, az egészségügyi rendszer más mutatóiban marad el az OECD többi tagállamától. Az alábbi kvadránsdiagramok azt szemléltetik, hogy a tagállamokkal összevetve a magyar egészségügyi kiadások mennyire kapcsolódnak

egészségügyi eredményekhez, és a minőséghez. [2. ábra]

Az ábrán megfigyelhető, hogy Magyarország a „keveset költ” és a „rosszul teljesít” tagállami csoportba tartozik: a többiekkel összevetve alacsony a várható élettartam (A), magas az elkerülhető halálozás (B), alacsony az elégedettség (C) és az emlőszűrés aránya (D).

2. ábra: Magyarország helyzete az egészségügyi kiadások, valamint a várható élettartam (A), az elkerülhető halálozás (B), az ellátásokkal való elégedettség (C), emlőszűrés (D) kvadránsdiagrammjaiban



Forrás: saját szerkesztés az eredeti alapján

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az OECD-tagállamokkal összevetve, a hazai egészségügyi rendszer teljesítménye elmarad a kívánatostól. A magyar lakosság egészségkockázatoknak való erős kitettsége, valamint a hazai egészségügyi rendszer hiányosságai jelentősen hozzájárulnak a hazai egészségszínvonal más országokhoz mért elmaradottságához. A népegészségügy elsőrendű feladata a kockázatos egészségmagatartások, mint a dohányzás, az egészségtelen táplálkozás, vagy a túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása. Feladata továbbá az egészséget támogató környezet kialakításának, mint például a tiszta levegő és ivóvíz, az egészséges élelmiszerek könnyű hozzáférhetősége biztosításának előmozdítása más szektorokkal való együttműködésben. Az ellátórendszer kapacitásaiban és működésében fellelhető hiányosságok felszámolása ugyan csak nélkülözhetetlen az elkerülhető betegségek okozta halálozás csökkentéséhez, valamint az ellátórendszer terhelhetőségének javításához.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, Egészségfejlesztés folyóirat, Budapest; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport,
vitrai.jozsef@gmail.com

Genfi Nyilatkozat a jóllétért

The Geneva Charter for well-being

Fordította:	Vitrai József
Fordított dokumentum	World Health Organization (2021, december 13–15.) <i>The Geneva Charter for well-being (unedited)</i> [Conference proceeding]. Tenth Global Conference on Health Promotion, Geneva, Switzerland. https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-(unedited)
Kulcsszavak:	egészségfejlesztés; globális egészség; egészséges bolygó
Keywords:	health promotion; global health; healthy planet

Beküldve: 2021. 12. 20., doi: [10.24365/ef.v63i1.7842](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7842)

A Genfi Nyilatkozat a jóllétért olyan fenntartható jólléti társadalmak létrehozását sürgeti, amelyek úgy biztosítják a mostani és a jövő nemzedékek számára a méltányos egészséget, hogy nem sértik meg az ökológiai korlátokat. A Nyilatkozat a Genfben 2021. december 13–15. között virtuálisan megrendezett 10. Globális Egészségfejlesztési Konferencia eredményeire, valamint az Ottawai Nyilatkozat és az egészségfejlesztésről szóló korábbi globális konferenciák örökségére épül.

A CSELEKVÉS SÜRGŐSSÉGE

A világ összetett és egymással összefüggő válságokkal néz szembe, de ezek nem minden országot érintenek egyformán. A közelmúltban lezajlott világjárványok rávilágítottak a társadalom törésvonalaira, és ráirányították a figyelmet az egészséget és az egészségi állapotot meghatározó ökológiai, politikai, kereskedelmi, digitális és társadalmi tényezők hatására, valamint a társadalmi csoportokon és nemzeteken belüli, és azok közötti egyenlőtlenségekre. Az éghajlatváltozás, a biológiai sokféleség csökkenése, a környezetszennyezés, a gyors városiasodás, a geopolitikai konfliktusok és a militarizáció, a demográfiai változások, a népesség elvándorlása, a szegénység és a széles körű egyenlőtlenségek a jelenleginél is súlyosabb jövőbeli válságok kockázatát hordozzák.

A válaszok olyan beruházásokat igényelnek, amelyek integrálják a bolygó, a társadalom, a

közösség és az egyén egészségét és jóllétét. Továbbá a társadalmi struktúrák olyan változását, amely támogatja az embereket abban, hogy maguk irányítsák életüket és egészségüket. A társadalmi értékek alapvető átirányítására és az Agenda 2030 a Fenntartható Fejlődésért célkitűzéseivel összhangban lévő fellépésre van szükség.

A JÓLLÉT ALAPJAI

A jólléti társadalmak biztosítják az alapokat ahhoz, hogy a jelenlegi és a jövő nemzedékek minden tagja egy egészséges bolygón boldogulhasson, függetlenül attól, hogy hol él. Az ilyen társadalmak olyan merész politikákat és átalakító megközelítéseket alkalmaznak, amelyek a következőkre épülnek:

- az egészség pozitív szemlélete, amely magában foglalja a fizikai, szellemi, lelki és szociális jóllétet;
- az emberi jogok, a társadalmi és környezeti igazságosság, a szolidaritás, a nemek közötti és nemzedékek közötti egyenlőség, valamint a béke elvei;
- elkötelezettség a fenntartható, alacsony széndioxid-kibocsátású fejlődés mellett, amely az emberek közötti kölcsönösségen és tiszteleten, valamint a természettel való békélés együttélésén alapul;
- a GDP-n túlmutató új sikerességi mutatók, amelyek figyelembe veszik az emberi és a bolygó jóllétét, és új prioritásokhoz vezetnek a közkiadások terén; az egészség-

fejlesztés középpontjában a felkészítés a közös döntéshozatalra, a befogadás, a méltányosság és az értelmes részvétel áll.

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI 21. SZÁZADI VÁLASZA

A jólléti társadalmak megteremtése öt területen összehangolt fellépést igényel:

A Föld és ökoszisztémáinak megbecsülése, tisztelete és ápolása

Az egészséges bolygó alapvető fontosságú a jelenlegi és a jövőbeli nemzedékek egészsége és jólléte szempontjából, és hogy mindenkinek lehetővé tegye életének kiteljesítését. A jólléti társadalmak prioritásként kezelik az alacsony széndioxid-kibocsátású gazdaságra való gyors és igazságos átállást, hogy a hőmérséklet-emelkedés ebben az évszázadban 1,5 Celsius-fok alatt maradjon. Mindenki számára hozzáférést biztosítanak a tiszta energiához, növelik a biológiai sokféleséget, csökkentik az erőforrások kimerítését és a környezetszennyezést, támogatják az ember és természet közti harmonikus kapcsolatokat, valamint az őslakosok tudását és vezető szerepét központba helyezik. Olyan víz- és élelmezési rendszereket támogatnak, amelyek a károk csökkentésére és az egészséges táplálkozás (beleértve a szoptatást is) előmozdítására töreksenek. A jövőre nézve a jólléti társadalmaknak szoros kapcsolatokat kell kialakítaniuk az „Egy az egészség” és a planetáris egészségügy között a világhárványokra való felkészültség fokozása, valamint az egészség és a méltányosság javítása érdekében.

Olyan méltányos gazdaság kialakítása, mely az emberi fejlődést szolgálja a bolygó és a helyi ökológiai határok között

A jólléti társadalmakra jellemző a tisztességes és biztonságos munka, a tisztességes kereskedelem, a befogadó társadalmi védelmi rendszerek; a körforgásos gazdaság elvei szerint működő termelési és fogyasztási rendszerek; a strukturális diszkrimináció felszámolása; a városok fenntartható átalakulása, valamint a természetes ökoszisztémák tiszteletben tartása és megőrzése. A jólléti gazdaságok elismerik a munkajogokat és az informális gazdaság hozzájárulását, beleértve a gondozók, családok és közösségek által nyújtott ellátást. Támogatják a fertőző és nem fertőző

betegségek megelőzését és csökkentését az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezők hatékony szabályozásán keresztül. A jólléti gazdaságok a digitális és a fegyveripar elszámoltathatóságának és szabályozásának kikényszerítésével igyekeznek csökkenteni a károkat. Szükség van továbbá a gazdasági és társadalmi fejlődést akadályozó gyarmati és gazdasági politikák felismerésére és kiigazítására.

A jólléti prioritásokat az egészségügy, a jólléti költségvetés, a szociális védelem, valamint az egészségesebb és fenntarthatóbb gazdaság felé vezető jogi és adóügyi stratégiák intézkedéseken keresztül ültetik át cselekvésbe.

Egészséges közpolitika kialakítása a közjó érdekében

Egy jólléti társadalomban a kormányzat a jelenlegi és a jövő nemzedékek nevében a társadalom összes vagyonának gondnoka az egészséges, fenntartható és méltányos bolygóért. A kormányok elszámoltathatók a népüknek, és biztosítják a kormányzásban való részvételt. A jóllét új társadalmi szerződést alakít ki, és irányítúként szolgál a közpolitikához, beleértve a költségvetési és szabályozási döntéseket is, hogy jobb eredményeket érjenek el az egyének, a közösségek és a társadalom számára. A kormányzás minden szinten, a helyi szintektől a globális szintekig, elkötelezett a fenntartható fejlődési célok megvalósítása, a több ágazatot átfogó egészségpolitikák folytatása és az egészséget lehetővé tevő erőforrások igazságos globális elosztása mellett. Az egészséghez való jog mindenki számára való biztosításához alapvető fontosságú a strukturális megkülönböztetés és igazságtalanság minden formájának felszámolása, beleértve az embereket bármilyen marginalizálódását is. Az életteli civil társadalommal való partnerségek megerősítik a társadalom szövetét és a társadalmi szolidaritást helyi és nemzetközi szinten.

A mindenkire kiterjedő egészségbiztosítás elérése

Egy jólléti társadalomban az egyetemes egészségügyi ellátás biztosítása a szociális védelem és a társadalmi stabilitás központi eleme. A finanszírozás prioritásként kezeli az alapellátás, az egészségfejlesztés és a megelőző szolgáltatások fejlesztését. A globális egészségügyi kormányzás biztosítja az egészségügyi eszközök méltányos elosztását. A mentális jóllét kiemelt prioritást

élvez az egészségügyi szolgáltatások újjászervezésekor. Az egészségügyi dolgozókat támogatják és védik őket. Az egészségügy finanszírozását nem kiadásként, hanem a jóllét és a társadalmi ellenálló képesség érdekében történő befektetésként értelmezik. Az egészségügy irányítása a közös tervezésre épül, és teljes mértékben kihasználja a digitális fejlődést, és a digitális kirekesztés elkerülése érdekében mindenki számára biztosítja a technológiához való hozzáférést és az érdemi részvételt. Ennek keretében kiemelt prioritásként kezelik az emberek egészségműveltségének életem át tartó fejlesztését. A következő nemzedékbe való befektetés, különösen a koragyermekkorai fejlesztés és az oktatás megalapozza az egészséges, aktív és társas kapcsolatokban gazdag életet.

A digitális átalakulás hatásainak kezelése

A digitális átalakulás és a technológiai változások új lehetőségeket teremthetnek a kapcsolatteremtés, az egészségműveltség, a tudásmegosztás, valamint a hatékonyabb és eredményesebb szolgáltatásnyújtás számára. Egyes digitális funkciók, valamint a digitális kirekesztés elszigetelődést eredményezhetnek és súlyosbíthatják az egyenlőtlenségeket. Ezen túlmenően az egészség és a jóllét veszélybe kerülhet a digitális tevékenységekkel és virtuális környezetben töltött idő növekedése, az információs túlterheltség, a gyűlölet és a zaklatás, a téves információk terjesztése, valamint az egészségtelen termékek és magatartásformák marketingje miatt. Egy jólléti társadalom felmérné és ellensúlyozná a károkat és a jogfosztottságot, biztosítaná az egyenlő hozzáférést, és kihasználná a technológiában rejlő lehetőségeket az emberiség és a bolygó felvirágoztatása érdekében.

A virágzó jövő előmozdítása

A jóllét politikai választás, ugyanakkor a politikák, intézmények, gazdaságok és a világpolitika, az emberek alkotta ökoszisztémák eredménye. Ehhez az egész társadalomra kiterjedő megközelítésre van szükség, amely minden szinten, érdekelt félnél és ágazatban, a közösségektől kezdve a szervezeteken belül egészen a regionális és nemzeti kormányzatig kiterjed. Az egészségfejlesztés szerepe az, hogy katalizálja és támogassa ezt a munkát az alábbiakkal:

- biztosítsa, hogy az emberek és a közösségek képesek legyenek egészségük befolyásolására, arra, hogy összhangban a

természettel értelmes és céltudatos, teljes életet éljenek az oktatás, a kulturálisan releváns egészségműveltség, felkészültség és tevékenységek révén;

- mozgítsa elő, közvetítse és támogassa a jólléti társadalmak megteremtését az egészséget meghatározó tényezők alakításával minden szinten;
- biztosítsa, hogy az egészségfejlesztő, megelőző, gyógyító, rehabilitációs és palliatív egészségügyi és szociális szolgáltatások magas színvonalúak, megfizethetőek, hozzáférhetőek és elfogadhatóak legyenek, továbbá hogy azokat a szükségleteknek megfelelően nyújtsák, különösen a hátrányos helyzetűek számára.

Ezt világszerte támogatni kell az egészségügyi dolgozókból, az egészségfejlesztésbe, a nép-egészségügyi infrastruktúrába és a kutatásba történő fenntartható befektetésekkel. A globális fejlesztési környezet megváltozik, ha a siker meghatározásában az emberek és a bolygó jólléte egyaránt központi szerepet kap. A jólléti társadalom a sikert a ma uralkodó értékrendtől eltérő értékek alapján méri, és hosszú távon gondolkodik. A gazdasági tevékenység mérésén túlmutatva az emberi és bolygónk jóllétének valamennyi meghatározó tényezőjét, beleértve az egészséget annak minden dimenziójában, az egészség egyenlőséget, valamint a jelenlegi és a jövő nemzedékek jóllétét alakító és biztosító erőforrásokat is. Az emberek számára ez hosszú, egészséges és jóllétben eltöltött életet jelent.

Az előre vezető út a fenntarthatóbb, méltányosabb társadalmakra való áttérés, valamint tanulást az országoktól, régióktól, városoktól, közösségektől és kultúráktól — különösen az őslakos kultúráktól — arról, hogyan lehet fenntarthatóbb és méltányosabb társadalmakat létrehozni. A WHO e Nyilatkozat megvalósításához minden szereplőt összefog a jólléti társadalmakra vonatkozó jövőkép megalkotásához, a bizonyítékok összegyűjtéséhez a tagállamok és a partnerek technikai támogatásához. Az egészség és a jóllét a társadalom minden tagjának tevékenységétől függ. Ez a Nyilatkozat felszólítja a nem kormányzati és civil szervezeteket, a tudományos életet, az üzleti szféra szereplőit, a kormányokat, a nemzetközi szervezeteket és minden egyéb érintettet, hogy alakítsanak ki partnerséget az egészség és a jóllétet szolgáló stratégiák határozott végrehajtása érdekében. Mindez együttesen elő fogja mozdítani a jólléti társadalmak irányába

történő változásokat minden országban, senkit sem hagyva hátra.

Megjegyzés: A Genfi Nyilatkozat a 10. Egészségfejlesztési Globális Konferencia előtt és alatt került kidolgozásra. Virtuálisan 149 országból több mint

5 000 szakértő vett részt, köztük egészségügyi miniszterek, más politikusok, magas rangú köz-tisztviselők, egészségügyi szakemberek, politikai döntéshozók, kutatók, tanárok és a közösségek képviselői. A Nyilatkozatot egy teljes konferenciajelenés és egy sor szakmai dokumentum egészíti ki.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a fordítóról:

Vitrai József, Egészségfejlesztés, Budapest; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged, vitrai.jozsef@gmail.com

Hol a boldogság mostanában?

Where is the happiness these days?

Ismerető:	Vitrai József
Kulcsszavak:	boldogság; jóllét
Keywords:	happiness; well-being

Beküldve: 2022. 01. 03., doi: [10.24365/ef.v63i1.7893](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7893)

BEVEZETÉS

A boldogság A magyar nyelv értelmező szótára (n.d.) szerint „a boldog melléknévvel kifejezett (érzelmi) állapot; a sorssal, körülményekkel való (teljes) elégedettség”. Mégis egy ország sikerességét nem a lakosság boldogságával, hanem szokásosan a bruttó hazai termékkel, a GDP-vel mérik. Teszik ezt annak ellenére, hogy egy 2009-ben a világ legrangosabb szakértőiből összeállított bizottság így vélekedett erről: „... már régóta világos, hogy a GDP nem megfelelő mérőszám a jóllét időbeli mérésére, különösen annak gazdasági, környezeti és társadalmi dimenzióit tekintve, melyek egyes aspektusait gyakran nevezik fenntarthatóságnak” (Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009).

A 2021 végén tartott 10. Globális Egészségfejlesztési Konferencia által elfogadott „Genfi Nyilatkozat a jóllétért” (*The Geneva Charter for well-being*) időszerűvé teszi, hogy megvizsgáljuk, milyen lehetőségünk van megállapítani a boldogság, vagy, ahogy a szakértők újabban egyre inkább beszélnek róla, a jóllét szintjét egy országban (Vitrai, 2022).

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) által kiadott Egészségfejlesztési szakkifejezések szótárának 2021-es kiadásában (*Health Promotion Glossary of Terms 2021*) a jóllét fogalmát így határozzák meg: „A jóllét az egyének és a társadalmak által megélt pozitív állapot. Az egészséghez hasonlóan a mindennapi élethez szükséges erőforrás, amelyet a társadalmi, gazdasági és környezeti feltételek határoznak meg. A jóllét magában foglalja az életminőséget, valamint az emberek és a társadalmak azon képességét, hogy értelemte

módon és céltudatosan hozzájáruljanak a világ működéséhez. A jóllétre való összpontosítás támogatja az erőforrások igazságos elosztásának, az általános gyarapodásnak és a fenntarthatóságnak a nyomon követését. Egy társadalom jóllétét az alapján lehet megfigyelni, hogy mennyire ellenálló, mennyire cselekvőképes és mennyire felkészült a kihívások meghaladására” (WHO, 2021).

Némileg gyakorlatiasabb szemléletet tükröz az Amerikai Egyesült Államok népegészségügyi központja (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*): „A jóllét olyan pozitív állapot, amely az emberek és a társadalom számos ágazata számára is jelentőséggel bír, mivel megmutatja, hogy az emberek úgy érzik, az életük jól alakul. A jó életkörülmények (pl. lakhatás, foglalkoztatás) alapvető fontosságúak a jóllét szempontjából. E feltételek nyomon követése fontos a közpolitika szempontjából. Az életkörülményeket mérő számos mutató azonban nem méri azt, hogy az emberek hogyan gondolkoznak és éreznek az életükről, például a kapcsolataik minőségét, a pozitív érzelmeiket és ellenállóképességüket, a lehetőségeik megvalósulását, vagy az élettellel való általános elégedettségüket — azaz a 'jóllétüket'. A jóllét általában magában foglalja az élettellel való elégedettség globális megítélését és a depressziótól a boldogságig terjedő érzéseket” (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Ez az írás bemutat négy, a lakosság jóllétének, boldogságának mérésére kidolgozott eszközt, illetve a lakosság boldogságát és jóllétét növelő gyakorlatot. Megismerésük szélesítheti a szakemberek tudáshorizontját, módosíthatja az egészségről kialakult szemléletüket.

BHUTÁN BRUTTÓ NEMZETI BOLDOGSÁG INDEXE

A „bruttó nemzeti boldogság” (*Gross National Happiness, GNH*) kifejezést először Bhután királya, IV. Jigme Singye Wangchuck alkotta meg 1972-ben: „A bruttó nemzeti boldogság fontosabb, mint a bruttó hazai termék” (Oxford Poverty and Human Development Initiative, n.d.). A fogalom azt jelenti, hogy a fenntartható fejlődésnek holisztikusan kell megközelítenie a haladás fogalmát, és ugyanolyan fontosnak kell tekintenie a jóllét nem gazdasági szempontjait.

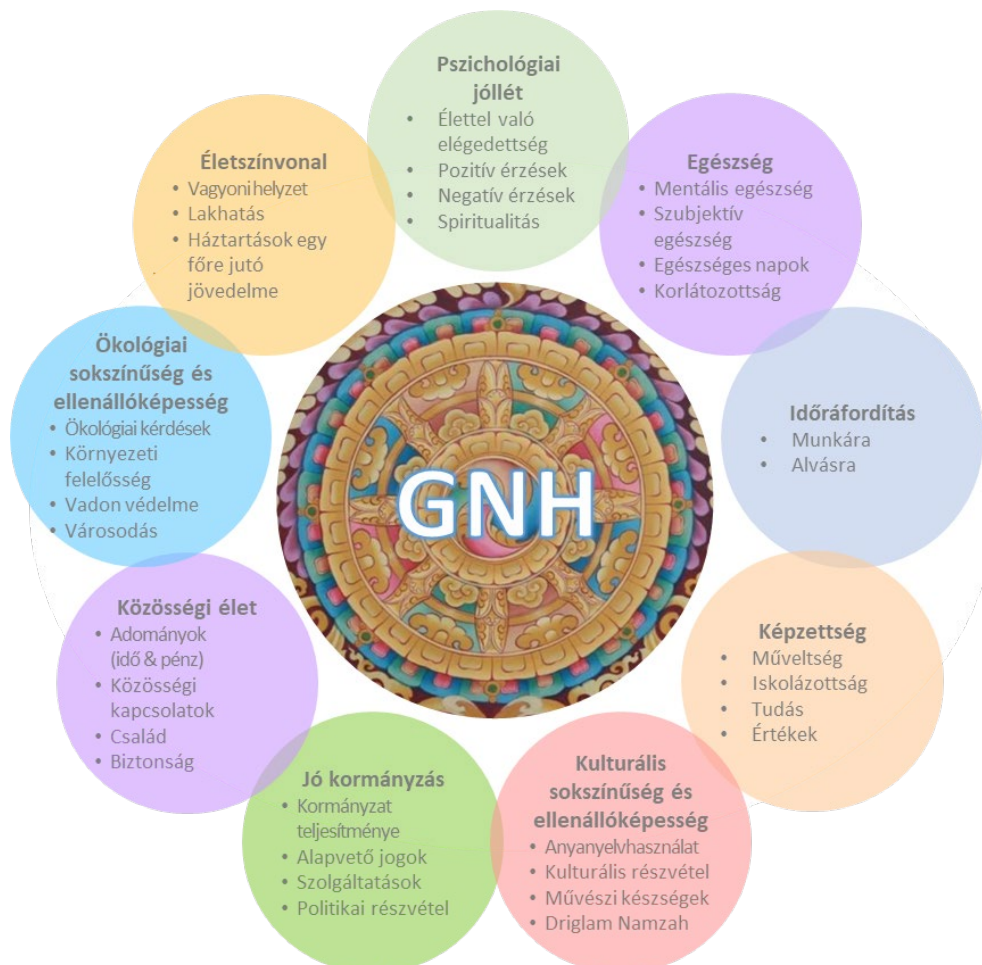
Azóta a bruttó nemzeti boldogság gondolata befolyásolja Bhután gazdaság- és társadalompolitikáját, és mások fantáziáját is megragadta messze a határokon túl. A bruttó nemzeti boldogság index létrehozásával Bhután olyan mérőeszköz kidolgozására törekedett, amely hasznos lehet a politikai döntéshozatalban, és politikai ösztönzőket teremt a kormány, a nem

kormányzati szervezetek és a bhutáni vállalkozások számára a GNH növelése érdekében.

A GNH-index magában foglalja a társadalmi-gazdasági szempontok hagyományos területeit, mint például az életszínvonal, az egészségügy és az oktatás, valamint a kultúra és a pszichológiai jóllét kevésbé hagyományos aspektusait. Az index a bhutáni lakosság általános jóllétének holisztikus tükrözése, nem pedig pusztán a „boldogság” szubjektív pszichológiai rangsorolása.

A GNH-index egy egyszámjegyű érték, amelyet kilenc területre kategorizált 33 mutatóból alakítottak ki. [1. ábra] A GNH koncepcióját gyakran négy pillérével magyarázzák: a jó kormányzás, a fenntartható társadalmi-gazdasági fejlődés, a kultúra megőrzése és a környezetvédelem. A négy pillért kilenc területre osztották tovább a GNH széles körű megértése és az értékek holisztikus skálájának megjelenítése érdekében.

1. ábra: Bruttó nemzeti boldogság (GNH) 9 területe és 33 mutatója



Forrás: saját szerkesztés Sangha et al., 2019 alapján

A kilenc terület egyenlő súlyozású, mivel minden egyes területet a GNH alkotóelemeként ugyanolyan fontosnak tekintenek. Minden egyes területen belül kettő-négy olyan mutatót választottak ki, amelyek valószínűsíthetően idővel is informatívak maradnak, magas válaszadási aránnyal rendelkeznek, és viszonylag függetlenek egymástól. Az egyes területeken belül az objektív mutatók nagyobb súllyal szerepelnek, míg a szubjektív és önbevallásos mutatók sokkal kisebb súlyt kaptak.

A GNH-index támogatja Bhután politikai döntéshozatalát. A szakpolitikák kiválasztására szolgáló eszközök segítségével megvizsgálják a javasolt szakpolitikák GNH-ra gyakorolt lehetséges hatásait, és a GNH-index eredményeit nyomon követik a beavatkozások értékelése céljából. Ez a „GNH-politika szemszög” megköveteli, hogy a végrehajtás előtt figyelembe vegyék a szakpolitika valamennyi releváns dimenzióra gyakorolt következményeit. Ezen túlmenően az intézkedések átvilágítására szolgáló eszközöket közel húsz intézkedési területen kell alkalmazni, beleértve a mezőgazdaságot, az erdészetet, a kereskedelmet és a feldolgozóipart, a médiát és a tájékoztatást, az ifjúságot, valamint a kilenc dimenzió mindegyikére összpontosító projekteket. A kitűzött cél az, hogy valamennyi kormányzati projekt és szakpolitika együttműködjön a GNH maximalizálása érdekében.

VILÁGJELENTÉS A BOLDOGSÁGRÓL 2021

2011 júniusában az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) Közgyűlése az általa elfogadott bhutáni határozat alapján arra kérte a nemzeti kormányokat, hogy „a társadalmi és gazdasági fejlődés elérésének és mérésének meghatározásakor nagyobb jelentőséget tulajdonítsanak a boldogságnak és a jóllétnek”. A 2012. április 2-án az ENSZ-ben megrendezésre kerülő, a „Jóllét és boldogság: Egy új gazdasági paradigma meghatározása” (*Well-Being and Happiness: Defining a New Economic Paradigm*) című magas szintű találkozásának előkészítéséhez készült el az első Világjelentés a boldogságról (*World Happiness Report*). Ezt a Columbia Egyetem Földtani Intézete készítette el (*Earth Institute Columbia University*). A jelentések elkészítésében a fő szerepet 2013 óta a Fenntartható Fejlődési Megoldások Hálózata (*Sustainable Development*

Solutions Network) és a Columbia Egyetem Fenntartható Fejlődési Központja (*Center for Sustainable Development, Earth Institute, Columbia University*) vállalja.

A jelentésben a világ legboldogabb országának meghatározásához a kutatók 149 ország átfogó Gallup közvélemény-kutatási adatait elemezték. A rangsorok a Gallup 2018 és 2020 között készült Világfelméréseiből (*Gallup Word Poll*) származó adatokat használják, melyek a felmérésben feltett fő életértékelési kérdésre adott válaszokon alapulnak. A felmérésben arra kéri a válaszadókat, hogy gondoljanak egy létrára (ezt hívják a Cantril-létrának), amelyen a legmagasabb fok a számukra lehetséges legjobb életet (10 pont), a legalsó fok pedig a lehetséges legrosszabb életet jelenti (0 pont). Ezután arra kéri őket, hogy saját jelenlegi életüket értékeljék ezen a 0-tól 10-ig terjedő skálán. Az életértékelési rangsorban elért helyezéseket országonként az alábbi hat konkrét kategóriában gyűjtött adatokkal próbálják összefüggésbe hozni:

- Egy főre jutó bruttó hazai termék
- Társadalmi támogatottság
- Egészségben várható élettartam
- Életválasztások szabadsága
- A lakosság nagylelkűsége
- A belső és külső korrupció szintjének megítélése

A Jelentés szerint Magyarország a világranglista 53. helyére került a maximális 10 pontból 6-ot elérve, az átlag 5,5 volt. 2020-ban az 53-ak, 2019-ben a 62-ek voltunk. A 2021-es rangsorban előttünk állt a 46. helyen Románia, a 44. helyen Lengyelország, a 34. helyen Szlovákia és a 18. helyen Csehország. Mögöttünk az Európai Unióból (EU) Portugália (58.), Horvátország (60.), Görögország (68.) és Bulgária (88.) végzett. A lista élén Finnország áll, majd Dánia, Svájc, Izland, Hollandia, Norvégia és Svédország következik, a szomszédos Ausztria pedig a 10. helyezett.

AZ OECD JOBB ÉLET INDEXE

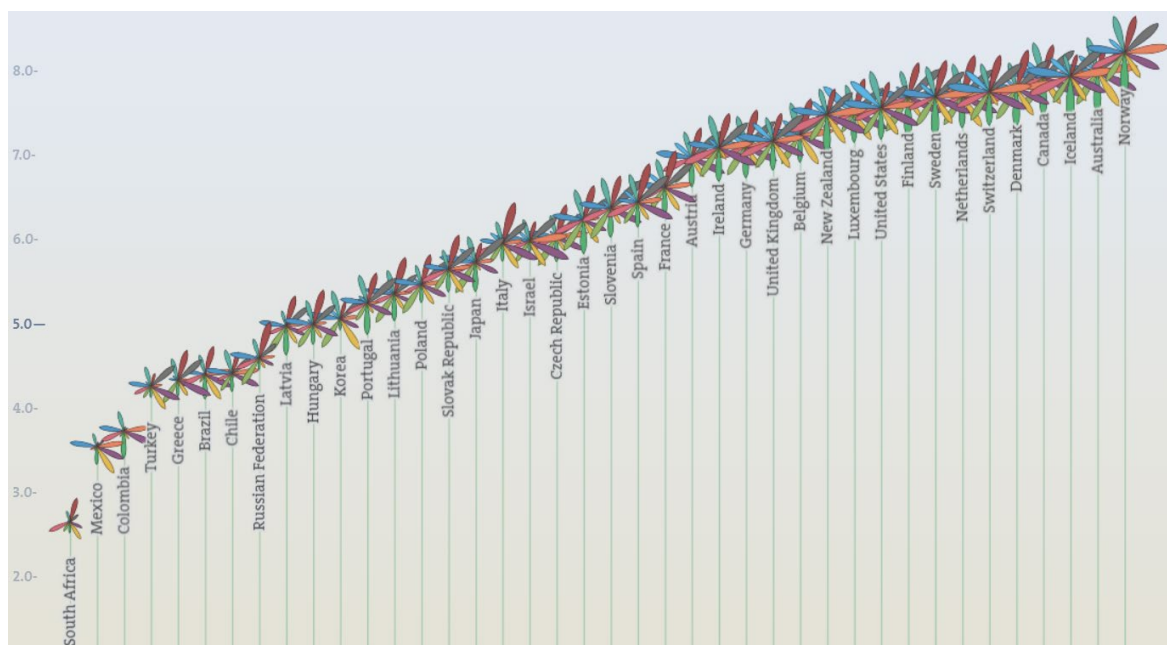
A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (*Organization for Economic Co-operation and Development, OECD*) 1961-es alapítása óta segít a kormányoknak jobb politikákat kialakítani, hogy polgáiraik jobb életet élhessenek.

Az OECD már hosszabb ideje élénken részt vesz a jóllét méréséről szóló vitákban. A viták tapasztalatai alapján a következő 11 téma azt tükrözi, amit az OECD a jóllét szempontjából lényegesnek ítélt: lakhatás, jövedelem, munkaerőpiaci helyzet, közösségi támogatás, oktatás, környezet, civil szerepvállalás, egészség, étellel való elégedettség, biztonság, munka és magánélet egyensúlya. A jobb élet index (*Better Life Index*) tagországokra kiszámolt értékei az OECD (n.d.) erre a célra kifejlesztett honlapján tanulmányozhatók.

Minden téma egy-négy konkrét mutatóra épül. A munkaerőpiaci helyzet témakör például négy különálló mérőszámon alapul: a foglalkoztatási ráta, a személyes jövedelem, a hosszú távú munkanélküliségi ráta és a munkaerőpiaci bizonytalanság. Minden egyes mutató esetében összevethetők a férfiak és a nők eredményei, és látható, hogy a társadalmi és gazdasági helyzet mennyire befolyásolja az eredményeket.

Az OECD tagországainak ranglistáján Magyarország mögött az EU-ból csupán Görögország található. [2. ábra]

2. ábra: AZ OECD jobb élet indexe, 2021



Forrás: OECD, n.d.

Érdekes megoldást kínál a honlap arra a problémára, hogy a jóllét alapjául szolgáló 11 mutató súlyát egyéni megítélés szerint egymáshoz képest megváltoztathatóvá teszi. Az egyéni súlyokat országonként összegezve vizsgálható, hogy az adott országban a jóllét az egyéni rangsorok figyelembevételével miként alakul. Magyarországon 1 316 fő értékválasztása alapján a legnagyobb súlyt az étellel való elégedettség, a másodikat az egészség, míg az utolsót a civil szerepvállalás adta. A 3 615 fő által adott értékelés alapján összeálló osztrák rangsor eléggé hasonló, bár az első két hely sorrendje fordított: első az egészség, második az étellel való elégedettség, ugyanúgy, ahogyan az az összes ország több mint 100 ezer értékelése alapján mutatkozik.

A KSH JÓLLÉTI INDIKÁTORRENDSZERE

Míg az OECD indexe a nemzetközi összehasonlítást teszi lehetővé, a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által kidolgozott indikátorrendszer a hazai helyzet feltárását és időbeli változását célozta, és „alkalmas az egy országon belüli akár társadalmi jellemzők mentén jelentkező, akár területi különbségek korrekt jellemzésére” (KSH, 2014, 6. o.). A KSH jóllétértelmezése az előzőekben bemutatottaktól némileg eltérő: „az egyéni jóllétet pedig úgy lehet meghatározni, mint az egyén azon meghatározó, saját maga, környezete és a társadalom által kölcsönösen befolyásolt komplex mentális és fizikai állapotot, amely az egyén saját életével való általános elégedettségét, a közösségi életben való részvételét, az élet

objektív minőségét és annak szubjektív érzetét is magába foglalja” (KSH, 2014, 5. o.). A jóllét jellemzésére az anyagi helyzet mellett figyelembe vették „a munka- és szabadidő egyensúlyát, az oktatásban való érintettséget, az egészség megőrzésének esélyeit, a személy szűkebb és tágabb életkörnyezetének jellemzőit, a társadalmi, társas hálózatok megtartó erejét, valamint az egyéni szintű és generációs távlatokra is vonatkozó jövőképet” (KSH, 2015, 5. o.).

Az ehhez szükséges adatokat a 2013-as Háztartási költségvetési és életkörülmény adatfelvétel szolgáltatotta. A KSH nyolc dimenzióban és mind-egyikben öt indikátorral jellemezte a jóllétet. [3. ábra] Áttekintve a dimenziókat és az indikátorokat megállapítható, hogy eltérően a bhutáni GNH-tól, de hasonlóan az OECD jobb élet indexéhez, az egyént jellemző szubjektív mutatók mellett többségben vannak a társadalmi környezet jóllétet befolyásoló tényezői.

3. ábra: A KSH jóllétet jellemző dimenziói és indikátorai

1. MUNKAIDŐ ÉS SZABADIDŐ		5. MENTÁLIS KÖZÉRTET	
1.1.	Egy hét során nagyon sokat dolgozók aránya	5.1.	Élettel való elégedettség
1.2.	Nem szokványos munkarendben dolgozók aránya	5.2.	Boldog állapot gyakorisága
1.3.	Kulturális részvétel	5.3.	Ideges állapot gyakorisága
1.4.	A szabadidő mennyiségével való elégedettség	5.4.	Nyugodt, békés állapot gyakorisága
1.5.	Munkával való elégedettség	5.5.	Csüggedt, levert állapot gyakorisága
2. ANYAGI ÉLETKÖRÜLMÉNYEK		6. LAKÓKÖRNYEZET ÉS INFRASTRUKTÚRA	
2.1.	Foglalkoztatottsági ráta	6.1.	A lakókörnyezet minőségével való elégedettség
2.2.	Nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásokban élők aránya	6.2.	Környezetszennyezés a lakókörnyezetben
2.3.	Jövedelmi helyzet	6.3.	Lakás zsúfoltsága
2.4.	Anyagi biztonságérzet	6.4.	Otthoni internet hozzáféréssel rendelkező háztartások aránya
2.5.	A háztartás anyagi helyzetével való elégedettség	6.5.	Munkába járás körülményeivel való elégedettség
3. OKTATÁS, TUDÁS, KÉPZETTSÉG		7. TÁRSADALMI TŐKE, TÁRSADALMI RÉSZVÉTEL	
3.1.	Korai iskolaelhagyók aránya	7.1.	Részvételi arány a parlamenti választásokon
3.2.	Felsőfokú végzettséggel rendelkező fiatalok aránya	7.2.	Civil szervezeteken keresztül végzett önkéntes munkát végzők aránya
3.3.	Felnőttek képzésben való részvételének aránya	7.3.	Részvétel civil szervezetek tevékenységében
3.4.	Legalább egy idegen nyelvet beszélők aránya	7.4.	Személyes kapcsolati háló
3.5.	Tanulók elégedettsége	7.5.	Személyes kapcsolatokkal való elégedettség
4. EGÉSZSÉG		8. TÁRSADALMI MEGJÜLÉS	
4.1.	Egészségesen várható élettartam	8.1.	Teljes termékenységi arányszám
4.2.	Orvosok leterheltsége	8.2.	Belföldi vendég-éjszakák száma
4.3.	Orvosi ellátást igénybe venni nem tudók aránya	8.3.	Anyagi helyzetre vonatkozó várakozások
4.4.	Betegség miatt mindennapi tevékenységben korlátozottak aránya	8.4.	Nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élő gyermekek aránya
4.5.	Saját egészségi állapot szubjektív megítélése	8.5.	Bizalom az emberekben

Forrás: KSH, 2014, 9–10. o. alapján

2018-ban már főként szubjektív jóllétre vonatkozó tanulmányt jelentetett meg a KSH a 2016-os mikrocenzus adatai alapján arról, „hogyan él meg a társadalmat alkotó egyének mindennapjaikat, mennyire elégedettek életükkel, életkörülményeikkel, valamint személyes kapcsolataikkal, és milyenek érzékelik jövőbeli kilátásaikat.” (KSH, 2018, 4. o.). A vizsgált dimenziókat az 1. táblázat tartalmazza. Néhány példa a kiadványban bemutatott 2016-os felmérés eredm-

nyeiből: Magyarországon a már említett Cantril-létrával nyert adatok szerint az élettel való elégedettség átlagértéke a 15 évesnél idősebb lakosság körében 6,4 volt, 67%-uk általában (mindig vagy többnyire) boldognak érezte magát, és csupán 7%-a vallotta azt, hogy ritkán vagy soha nem érezte magát boldognak. A válaszadók 8,4%-a reményvesztetten tekintett a jövőbe; 61%-uk közepesen, míg 31%-uk nagyon bízott a jövőben. A vizsgált indikátorokat különböző

általános szociodemográfiai jellemzők mentén, mint az életkor vagy az iskolai végzettség külön is értékelték.

A mikrocenzus óta azonban a KSH nem jelentette meg újabb elemzéseket a hazai lakosság jóllétéről.

1. táblázat: A szubjektív jóllét KSH által használt dimenziói

1. Élettel való általános elégedettség
2. Mentális közérzet, érzelmi állapotok gyakorisága
3. Személyes kapcsolatok, emberekbe vetett bizalom, társadalmi részvétel.
4. Életkörülmények
4.1. Munka, tevékenységek
4.2. Anyagi helyzet
4.3. Egészségi állapot
4.4. Lakókörnyezet
5. Intézményekbe vetett bizalom
6. Jövőbe vetett bizalom, tervek

Forrás: saját szerkesztés a KSH, 2018 adatai alapján

A JÓLLÉTI GAZDASÁG

A jólléti gazdaság (*wellbeing economy*) fogalma Európában akkor emelkedett a politika szintjére, amikor 2019 júliusában az EU Tanácsának soros elnökségét betöltő Finnország az egészségügyi és szociális ágazatban a „jólléti gazdaságára” helyezte a hangsúlyt. Finnország célkitűzései az elnökség alatt a következők voltak (Ministry of Social Affairs and Health, 2022):

- A „jólléti gazdaságról” szóló nyílt európai vita ösztönzése és annak jobb politikai szintű megértése, hogy a jóllét a gazdasági növekedés, valamint a társadalmi és gazdasági stabilitás előfeltétele; másrészt a gazdasági növekedés több lehetőséget teremt a lakosság jóllétének javítására is.
- Az EU Tanácsa fogadjon el következtetéseket a „jólléti gazdaságról”. Ezek ajánlásokat tartalmaznak az uniós tagállamok és az EU Bizottság által meghozandó intézkedésekre vonatkozóan.

A kezdeményezés eredményeképpen a Tanács felszólította az Európai Bizottságot és a tagállamokat, hogy az EU és a tagállamok valamennyi szakpolitikai területébe építsék be a jólléti gazdaság ágazatközi perspektíváját.

Finnország mind nemzeti, mind nemzetközi szinten azóta is aktívan támogatja a jólléti gazdaságot. A finn Szociális és Egészségügyi Minisztérium (*Ministry of Social Affairs and Health*)

kinevezett egy, a jólléti gazdasággal foglalkozó irányító csoportot, amely a jelenlegi kormányzati ciklus végéig ülésezik. Feladata, hogy a jólléti gazdaságot a politikaalkotás és a cselekvés eszközeként fejlessze, mind nemzeti, mind nemzetközi szinten. Az irányító csoport (*steering group*) feladata a finn viszonyoknak megfelelő cselekvési terv kidolgozása együttműködve a Népegészségügyi Tanácsadó Testülettel (*Advisory Board for Public Health*). Ez a cselekvési terv olyan intézkedéseket fog tartalmazni, amelyek a jólléti gazdaságot a megalapozott központi kormányzati politikaalkotás és folyamatok részévé teszik.

A jólléti gazdaság fogalmát a már tíz éve működő és több mint 200 tagot magába foglaló Jólléti Gazdaság Szövetség (*Wellbeing Economy Alliance, WEAll, 2021*) alapítói tudják leginkább hitelesen megvilágítani:

„A jelenlegi gazdasági rendszereink a 'mindenáron való növekedés' rabjává váltak, amit a bruttó hazai termékkel (GDP) mérnek. Ez a megközelítés azonban növekvő egyenlőtlenséghez, fokozódó éghajlati válsághoz, valamint a természeti és társadalmi tőke kimerüléséhez vezetett. Többé már nem tudunk valódi fejlődést elérni. A gazdaság és a fejlődés megközelítése alapvető átalakításra szorul.

4. ábra: Növekvő jólléti gazdaság



Forrás: Ministry of Social Affairs and Health, 2022.

Számos egyén és szervezet részvételével globális mozgalom kezd összeállni abból a célból, hogy a gazdaságokat a szűk, a piaci árakra és szolgáltatásokra (azaz a GDP-re) összpontosító szemlélet helyett a 'fenntartható jóllétre' összpontosító, szélesebb értelemben vett szemléletmódra állítsa át. Az ENSZ fenntartható fejlődési céljai (SDG-k) egy lépést jelentenek ebbe az irányba, mivel 17 olyan célt foglalnak magukban, amelyek messze túlmutatnak a GDP növekedésén, és tartalmazzák az éhezés és a szegénység felszámolását, a nemek közötti és az általános egyenlőtlenségek csökkentését, az éghajlatváltozás elleni sürgős fellépést, valamint a tengeri és szárazföldi ökoszisztémák helyreállítását.

A skóciai Glasgow-ban 2017 októberében tartott találkozón a kormányok egy csoportja — köztük Skócia, Costa Rica, Szlovénia és Új-Zéland — elkötelezte magát egy olyan szervezet létrehozása mellett, amelyen keresztül megoszthatók a jólléti politika kialakításának bevált gyakorlatai, és amely a jóllétet, mint fejlesztési célt hirdeti. A remények szerint ez a szövetség idővel alternatívája lesz az olyan hagyományos csoportosulásoknak, mint a G8 vagy a G20. Ezt a kezdeményezést egy széles körű globális jólléti gazdasági szövetség támogatja, mely számos olyan

szervezetet, hálózatot, akadémikust, vállalkozást, nem kormányzati szervezetet és magán-személyt tömörít, amelyek és akik már dolgoznak az új gazdaság elemein. A WEAll célja, hogy koordinálja, elősegítse és katalizálja a fenntartható jólléti gazdaság megteremtésének közös célja köré csoportosuló, folyamatban lévő erőfeszítések széles körét.

MI IS AZ A JÓLLÉTI GAZDASÁG?

A jólléti gazdaság alapvető célja a fenntartható jóllét elérése méltósággal és méltányossággal az emberek és a természet számára. Ez szöges elentétben áll a jelenlegi gazdaságokkal, amelyek a fejlődés egy nagyon szűk látásmódjához — a GDP megkülönböztetés nélküli növekedéséhez — ragaszkodnak.

A jólléti gazdaság elismeri, hogy a gazdaság a társadalomba és a természetbe ágyazódik. Ezt integrált, egymástól függő rendszerként kell értelmezni és kezelni.

A jóllét a tényezők konvergenciájának eredménye, beleértve a jó mentális és fizikai egészséget, a nagyobb egyenlőséget és méltányosságot, a jó társadalmi kapcsolatokat és a virágzó természeti környezetet. A jóllétet tehát csak annak holisztikus megközelítése képes elérni és fenntartani.

A jóllét előmozdítását célzó gazdasági irányítási rendszernek ezért figyelembe kell vennie a gazdasági tevékenység valamennyi (pozitív és negatív) hatását. Ez magában foglalja az egészséges társadalomból (társadalmi tőke) és a virágzó bioszférából (természeti tőke) származó javak és szolgáltatások értékelését. A társadalmi és természeti tőke a közös javak részét képezi. Nem tartoznak (és nem is kellene, hogy tartozzanak) senki tulajdonába, de jelentősen hozzájárulnak a fenntartható jólléthez.

Az igazi szabadság és siker egy olyan világtól függ, ahol mindannyian jóllétben és kiteljesedve élünk. Az intézmények akkor szolgálják a legjobban az emberiséget, ha elősegítik egyéni méltóságunkat, miközben megerősítik kapcsolatainkat. A gyarapodás érdekében minden intézménynek (beleértve a vállalkozásokat is) és a társadalomnak egy új cél felé kell fordulnia: közös jóllét egy egészséges bolygón.

A jólléti gazdaság megvalósításához világnézünk, társadalmunk és gazdaságunk jelentős átalakítására van szükség:

1. A bolygó biofizikai határain belül maradni — a gazdaság fenntartható mérete az ökológiai életfenntartó rendszerünkön belül.
2. Az összes alapvető emberi szükséglet kielégítése, többek között az élelem, a menedék, a méltóság, a tisztelet, az oktatás, az egészség, a biztonság, az érdekképviselet és az értelmes életcélok.
3. Az erőforrások, a jövedelem és a jóllét igazságos elosztásának megteremtése és fenntartása — a nemzeteken belül és a nemzetek, az emberek és más élőlények jelenlegi és jövőbeli generációi között.
4. Az erőforrások hatékony elosztása, beleértve a közös természeti és társadalmi tőkejavakat is, hogy lehetővé tegye a mindenre és mindenkire kiterjedő jóllétet, az emberi fejlődést, boldogulást. A jólléti gazdaság elismeri, hogy a boldogság, az értelem és a jóllét sokkal többitől függ, mint az anyagi fogyasztástól.
5. Olyan kormányzási rendszereket hozzon létre, amelyek igazságosak, rugalmasak, méltányosak és elszámoltathatók.” (Consanza et al., 2018)

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A magyar lakosság egészségi állapotának rendszeres vizsgálatát célszerű lenne kiegészíteni a jóllétre vonatkozó elemzésekkel is, hiszen a jóllét az egészség szubjektív oldalának egy kiemelkedően fontos eleme. A jóllét ugyanis azontúl, hogy az egészségi állapot egyik meghatározó eleme, összekapcsolja az egészségmagatartást döntően befolyásoló érzéseket az egyén társadalmi-gazdasági helyzetével, környezetével, az egyénnek az életéhez, a világhoz való viszonyulásával.

A jóllét összetett mérése hozzájárulhat a lakosság egészségének javítását célzó szakpolitikák kidolgozásához és azok megvalósítására tervezett beavatkozások jelenleginél megfelelőbb kiválasztásához, és eredményességük megbízhatóbb monitorozásához.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, Egészségfejlesztés folyóirat, Budapest; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, vitrai.jozsef@gmail.com

HIVATKOZÁSOK

A magyar nyelv értelmező szótára. (n.d.) <http://mek.oszk.hu/adatbazis/magyar-nyelv-ertelmezo-szo-tara/elolap.php>

Centers for Disease Control and Prevention (2018, October 31). *Well-being concept*. <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm#>

- Costanza, R., Caniglia, E., Fioramonti, L., Kubiszewski, I., Lewis, H., Lovins, H., McGlade, J., Mortensen L. F., Philipsen, D., Pickett, K., Ragnarsdóttir, K. V., Roberts, D., Sutton, P., Trebeck, K., Wallis, S., Ward, J., Weatherhead, M., & Wilkinson, R. (2018). Toward a sustainable wellbeing economy. *The Solution Journal*. <https://thesolutionsjournal.com/2018/04/17/toward-sustainable-wellbeing-economy/>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve, J-E. (2021). *World Happiness Report 2021*. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2014). *A jóllét magyarországi indikátorrendszere, 2013*. Központi Statisztikai Hivatal. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/jollet13.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2018). *Mikrocenzus 2016 – 11. Szubjektív jóllét*. Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_11.pdf
- Ministry of Social Affairs and Health. (2022, January 28). *An economy of wellbeing simultaneously increases well-being and sustainable economic growth*. <https://stm.fi/en/economy-of-wellbeing>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (n.d.). *Better Life Index*. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/#/111111111111>
- Oxford Poverty and Human Development Initiative. (n.d.). *Bhutan's Gross National Happiness Index*. <https://ophi.org.uk/policy/gross-national-happiness-index/>
- Pomázi, I. (2014). Új irányok a társadalmi haladás és jóllét mérésében. *Statisztikai Szemle*, 92(2), 179–193.
- Sangha K. K., Russell-Smith, J., & Costanza, R. (2019). Mainstreaming indigenous and local communities' connections with nature for policy decision-making. *Global Ecology and Conservation*, 19, e00668. doi: [10.1016/j.gecco.2019.e00668](https://doi.org/10.1016/j.gecco.2019.e00668)
- Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J. P. (2009). *Report of the Commission on the measurement of economic performance and social progress (CMEPSP)*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/8131721/8131772/Stiglitz-Sen-Fitoussi-Commission-report.pdf>
- Vitrai, J. (2022). Genfi Nyilatkozat a jóllétért. *Egészségfejlesztés*, 63(1), 39–42. doi: [10.24365/ef.v63i1.7842](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7842)
- Wellbeing Economy Alliance. (2021). *Wellbeing Economy Alliance*. <https://weall.org/>
- Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021

State of Health in the EU: Hungary. Health profile 2021

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett dokumentum:	OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Magyarország: Egészségügyi országprofil 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. doi: 10.1787/bac593d6-hu
Kulcsszavak:	egészségi állapot; egészségmeghatározók; Magyarország
Keywords:	health status; health determinants; Hungary

Beküldve: 2022. 01. 11., doi: [10.24365/ef.v63i1.7964](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7964)

2021 végén jelentette meg az Európai Bizottság a Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezete (*Organization for Economic Co-operation and Development, OECD*) és az Egészségügyi Rendszerek és Szakpolitikák Európai Megfigyelőközpontja (*European Observatory on Health Systems and Policies*) elemzéseit felhasználó dokumentumát. Az „Egészség az EU-ban” (*State of Health in the EU*) egészségügyi országprofiljai szakpolitikai szempontból releváns rövid áttekintést nyújtanak az Európai Unió (EU), illetve az Európai Gazdasági Térség egészségügyi helyzetéről és egészségügyi rendszereiről. Az országprofilok az államok közötti összehasonlítás mentén emelik ki az egyes országok sajátosságait és kihívásait. A kiadványsorozat célja, hogy a kölcsönös tanulás és az önkéntes adatcsere eszközével támogassák a politikai döntéshozókat és véleményvezéreket. Legutóbb 2019-ben jelent meg hazánkról hasonló országprofil, amit lapunkban 2020-ban ismertettünk. (Vitrai, 2020)

ÖSSZEFOGLALÓ

A várható élettartam Magyarországon viszonylag egyenletesen nőtt a Covid-19-világjárvány előtt, de majdnem öt évvel elmarad az uniós átlagtól. 2019 és 2020 között a várható élettartam a Covid-19-világjárvány miatt átmenetileg közel 10 hónappal csökkent, ami az uniós átlaghoz

hasonló csökkenést jelent. Az ellátás folyamatosságának fenntartása érdekében a világjárvány alatt új távegészségügyi szabályozást vezettek be; a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje ennek ellenére nőtt. A tartós munkaerőhiányra válaszul a kormány 2020-ban új egészségügyi szolgálati jogviszonyt hozott létre a közszférában, amely 2023-ig 120%-os béremelést irányoz elő az orvosok számára.

Az egészségügyi helyzet Magyarországon

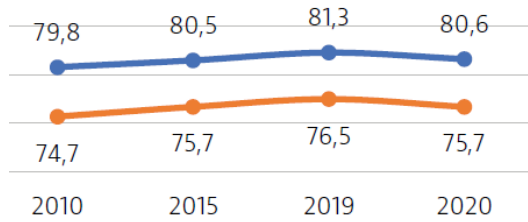
Magyarországon a várható élettartam 2010 és 2019 között közel két évvel nőtt, majd 2020-ban a Covid-19-világjárvány következtében ideiglenesen közel 10 hónappal csökkent, ami nagyjából ugyanolyan csökkenést jelent, mint az EU egészében. [1. ábra]¹ Magyarországon 2020-ban az egyének átlagosan közel öt évvel éltek kevesebbet, mint az uniós átlag.

Kockázati tényezők

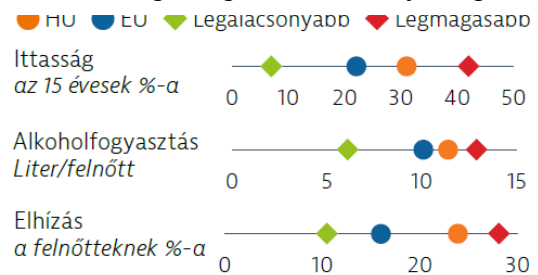
A magyarországi halálozások mintegy 50%-áért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők felelnek. Más uniós országokhoz képest Magyarországon viszonylag magas a túlzott alkoholfogyasztás mind a serdülők, mind a felnőttek körében. [2. ábra] Az elhízott felnőttek aránya szintén meghaladja az uniós átlagot.

¹ Megjegyzés: valamennyi ábra forrása az eredeti dokumentum

1. ábra: Születéskor várható élettartam, évek száma



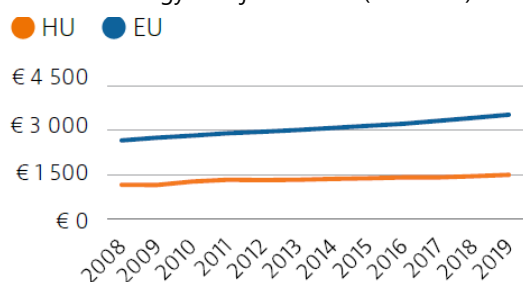
2. ábra: Egészségkockázatok elterjedtsége



Az egészségügyi rendszer

Magyarországon az egészségügyi kiadások mérsékelten növekedtek a világjárványt megelőző években, de mind az egy főre jutó, mind a GDP százalékában kifejezett kiadások az uniós átlag alatt maradnak. [3. ábra] A közfinanszírozás az összes egészségügyi kiadás kétharmadát teszi ki, ami elmarad az EU 80%-os átlagától, ami azt eredményezi, hogy magas a zsebből fizetett közvetlen lakossági hozzájárulások aránya. A világjárvány idején a kormány jelentős béremeléseket vezetett be, hogy megállítsa az egészségügyi szakemberek állami szektorból való elvándorlását.

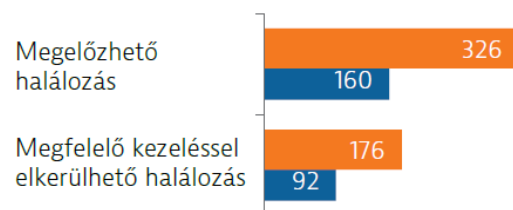
3. ábra: Egy főre jutó kiadás (PPP euro)



Eredményesség és hatékonyság

A megelőzhető okok miatti halálzási arány az összes uniós ország közül Magyarországon volt a legmagasabb a világjárvány előtt, ami kiemeli az életmódbeli és egyéb kockázati tényezők csökkentésének szükségességét. [4. ábra] A megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás is jóval meghaladta az uniós átlagot, ami az egészségügyi szolgáltatások minőségével kapcsolatos problémákat tükrözi.

4. ábra: Standardizált halálozás 100 ezer főre, 2018



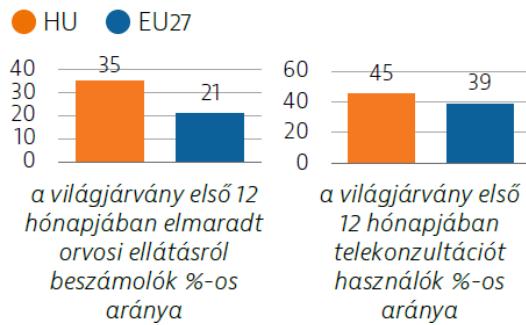
Hozzáférés

Magyarországon alacsony a kielégítetlen egészségügyi szükségletek szintje, de ez 2020-ban átmenetileg emelkedett: a világjárvány első 12 hónapjában az emberek harmada számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletekről, míg az EU egészében az emberek ötöde. [5. ábra] A telemedicina megkönnyítette az ellátáshoz való hozzáférést a világjárvány idején: az emberek 45%-a vett részt online konzultáción, miközben az uniós átlag 39% volt.

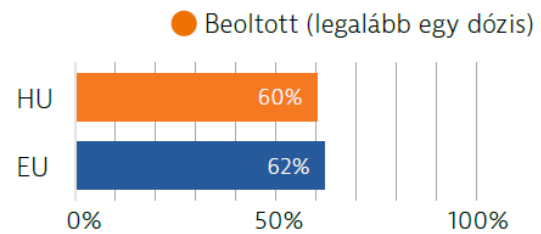
Reziliencia

A világjárvány okozta többletigények kielégítése érdekében nőtt a dolgozók és a kórházi ágyak száma. Ezzel egyidejűleg az ország meglévő kapacitásokat szabadított fel, például a kórházi ágyak egy részét a Covid-19-betegek számára tartotta fenn, ami egyes nem Covid-betegek késedelmes ellátását eredményezte. Az átoltottság az oltások bevezetésekor viszonylag magas volt, de azt követően lelassult.

5. ábra: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárás



6. ábra: A Covid-19 ellen beoltottak aránya a teljes lakossághoz viszonyítva 2021 augusztusáig



FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- A Covid-19-világjárvány előtt Magyarországon a várható élettartam valamivel gyorsabb ütemben nőtt, mint a legtöbb uniós országban, de 2019-ben még mindig csaknem öt évvel az uniós átlag alatt maradt. 2020-ban a Covid-19-világjárvány miatt a várható élettartam átmenetileg 10 hónappal csökkent, ami az uniós átlaghoz hasonló csökkenést jelent.
- Más uniós országokhoz képest Magyarországon gyakrabban fordulnak elő olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egészségtelen étrend. Ezek hozzájárulnak a megelőzhető halálokok, például a rák, valamint a szív- és érrendszeri betegségek viszonylag magas arányához.
- Magyarországon az elmúlt 10 évben csökkent a megelőző egészségügyi ellátásra fordított kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáshoz képest. A betegségmegelőzés javítása érdekében a kormány a 2019 és 2022 közötti időszakra öt nemzeti egészségügyi programot vezetett be, amelyek az egész életciklusra kiterjedő megelőzésre összpontosítanak.
- Az elmúlt évek növekedése ellenére az egy főre jutó és a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások Magyarországon jóval az uniós átlag alatt maradnak. Az állami kiadások különösen alacsonyak a járóbeteg-ellátás és a gyógyszerek esetében.
- Magyarországon tartós egészségügyi munkaerőhiány tapasztalható, amelyet a kormány az utóbbi időben jelentős béremelésekkel kezel. A világjárvány idején rövid távú intézkedéseket vezettek be a munkaerő növelésére, beleértve 900 önkéntes alkalmazott felvételét. Hosszabb távon a kormány a munkaerőhiányt az új egészségügyi jogviszonnyal kívánja kezelni, amely többek között 2023-ig 120%-os béremelést irányoz elő az orvosok számára.
- A Covid-19-világjárványra válaszul a magyar kormány központosította az irányítást, és létrehozta a belügyminiszter és az emberi erőforrások minisztere által vezetett Operatív Törzset. A betegség terjedésének csökkentése érdekében 2020 márciusa és 2021 májusa között két körben vezettek be korlátozó intézkedéseket. Ezen túlmenően az Operatív Törzs oly módon igyekezett felszabadítani a meglévő erőforrásokat, hogy felfüggesztette a tervezett sebészeti beavatkozásokat, és arra kötelezte a kórházakat, hogy a Covid-19-betegek számára tartás fenn az ágyak nagy részét. Ez utóbbi intézkedés eredményeként a világjárvány első hullámában jóval több kórházi ágyat biztosítottak, mint ami a fertőzési adatok alapján indokolt lett volna.
- Magyarország intenzív, gyors és széles körű oltási kampányt hajtott végre azzal, hogy első európai országgként engedélyezte a kínai és orosz vakcinákat. Ennek eredményeképpen a bevezetés első hónapjaiban a beoltottak aránya gyorsabb ütemben emelkedett, mint a legtöbb uniós országban.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A magyar lakosság egészségének javításának alapvető eleme a megelőzés eredményességének jelentős növelése. Ehhez a hazai egészségügyi rendszerben a népegészségügynök, de különösen az egészségfejlesztésnek a jelenleginél jóval nagyobb szerepet kellene kapnia. Ezt támasztják alá az Európai Bizottság tanulmányának adatai is.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, Egészségfejlesztés folyóirat, Budapest; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, vitrai.jozsef@gmail.com

HIVATKOZÁSOK

Vitrai, J. (2020). Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2019. *Egészségfejlesztés*, 61(2), 82–83.
doi: [10.24365/ef.v61i2.579](https://doi.org/10.24365/ef.v61i2.579)

Központi Statisztikai Hivatal: Egészségügyi helyzetkép, 2019

Hungarian Statistical Office: Health at a glance, 2019

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett dokumentum:	Központi Statisztikai Hivatal. (2021). <i>Egészségügyi helyzetkép, 2019</i> . Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1063993&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU
Kulcsszavak:	egészségi állapot; egészségmeghatározók; egészségügyi ellátás; Magyarország
Keywords:	health status; health determinants; health care; Hungary

Beküldve: 2022. 01. 11., doi: [10.24365/ef.v63i1.7965](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7965)

2021 közepén jelent meg a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által közel 50 oldalon a 2019-es év adatai alapján összeállított, a hazai egészségügyi helyzetet áttekintő dokumentum. A dokumentum fejezetei a lakosság egészségi állapota, az egészséget befolyásoló főbb kockázati tényezők, az ellátórendszer, valamint az életkilátások és halálozási arányszámok témaköreit foglalják össze. A tanulmány ezek mellett a módszertani leírást, az adatforrásokat, valamint a felhasznált szakirodalmat is tartalmazza. Az alábbiakban a dokumentum főbb megállapításait ismertetjük:

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- Az egészség szubjektív megítélésében a jó, illetve nagyon jó egészségűek aránya az elmúlt évtizedben emelkedett.
- Az összes haláleset fele az egészségtelen életmód miatt következett be. 2019-ben

minden negyedik felnőtt naponta dohányzott. A felnőttkori elhízás szintén az egyik leggyakoribb betegséget kiváltó ok: 2019-ben a 15 éves vagy annál idősebbek közel negyede volt elhízott.

- Az egészségügyi ellátórendszer továbbra is rendkívüli mértékben támaszkodik a kórházi ellátásra.
- Az állam az egészségügyi kiadások kétharmadát fedezi, míg a közvetlen lakossági hozzájárulás aránya nagyjából egyharmad, aminek majdnem felét gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre költik a háztartások.

Megjegyzendő, hogy a KSH új kiadványai között a 2019-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés adataiból készített újabb tanulmányok jelentek meg, amelyek itt érhetők el: <https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html>

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A KSH tanulmánya megerősíti, hogy a magyar lakosság egészségének javítása elsősorban a kockázati magatartások visszaszorításával, a megelőzés eredményességének növelésével érhető el. Az elemzés eredményi alapján a kórházcentrikus egészségügyi ellátórendszer korszerűsítése illetve az ellátásra fordítható közfinanszírozás növelése ugyancsak célszerű lenne.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, Egészségfejlesztés folyóirat, Budapest; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, vitrai.jozsef@gmail.com

Komplex beavatkozások kidolgozása és értékelése¹

Development and evaluation of complex interventions

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett szakdokumentum:	Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K., A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). Framework for the development and evaluation of complex interventions: gap analysis, workshop and consultation-informed update. <i>Health Technology Assessment (Winchester, England)</i> , 25(57), 1–132. doi: 10.3310/hta25570
Kulcsszavak:	komplexitás; beavatkozás; ajánlás
Keywords:	complexity; intervention; recommendation

Beküldve: 2021. 12. 08., doi: [10.24365/ef.v63i1.7757](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7757)

Összefoglaló

A beavatkozások olyan intézkedések, amelyeket a változás érdekében tesznek, például szívműtét, mozgásprogram vagy nyilvános dohányzási tilalom. A beavatkozásokat összetettnek vagy komplexnek nevezzük, ha több szakaszból vagy részből állnak, vagy ha a környezet, amelyben megvalósulnak, összetett.

A brit Orvosi Kutatási Tanács (*Medical Research Council*) legutóbb 2006-ban tett közzé egy keretrendszert az összetett beavatkozások kidolgozásának és értékelésének módjáról. A most megjelent dokumentum bemutatja, hogy miként frissítették a keretrendszert a kutatási módszerek és a különböző tudományok fejlődésének figyelembevételével, továbbá ismerteti azt.

A legfontosabb frissítések a következők:

1. A komplex beavatkozás meghatározása megváltozott: a beavatkozás tartalmán túl magában foglalja azokat a körülményeket, a kontextust, amelyben azokat megvalósítják.
2. A rendszertudomány módszereinek hozzáadása: olyan megközelítések, amelyek figyelembe veszik a beavatkozás tágabb rendszerét.
3. Nagyobb hangsúlyt kapnak a nem kutatók által kidolgozott beavatkozások (pl. szakpolitikai változtatások és egészségügyi szolgáltatások nyújtása).
4. A bizonyítékok hasznosságát, mint a komplex beavatkozás-kutatás fő célját azonosították.
5. Hat olyan alapvető elem meghatározása, melyekkel a kutatás során foglalkozni kell: a kontextus; az elmélet finomítása és tesztelése; az érdekelt felek bevonása; a legfontosabb bizonytalanságok azonosítása; a beavatkozás finomítása; és a gazdasági megfontolások.

Az aktualizált keretrendszer célja, hogy segítse a kutatás finanszírozásában és tervezésében részt vevőket abban, hogy a megközelítések, kérdések és módszerek széles skáláját mérlegeljék, és a legmegfelelőbbet tudják kiválasztani. Célja továbbá, hogy segítse a kutatókat abban, hogy a kutatást a felhasználók számára a lehető leghasznosabb módon valósítsák meg és megfelelően dokumentálják.

Summary

Interventions are measures taken to make a change, such as heart surgery, an exercise program, or a ban on smoking in public. Interventions are called complex if they consist of several phases or parts, or if the context in which they are implemented is complex.

The UK Medical Research Council last published a framework for how to develop and evaluate complex interventions in 2006. This document describes how the framework has been updated to take account of developments in research methods and thinking and describes the new framework document.

¹ Az ismertetés a dokumentum *Scientific Summary*-jának fordításán alapszik.

The key updates include:

1. The definition of a complex intervention has changed: in addition to the content of the intervention, it includes the circumstances and context in which it is delivered.
2. The addition of systems science methods: an approach that takes into account the broader system of the intervention.
3. A greater emphasis on interventions developed by non-researchers (e.g. policy changes and health service delivery).
4. Emphasis on the utility of evidence as a key aim of complex intervention research.
5. Identify six elements that research should address: context; refining and testing program theory; stakeholder engagement; identifying key uncertainties; refining the intervention; and economic considerations.

The updated framework is intended to help those involved in research funding and design to consider a wide range of approaches, questions, and methods and select the most appropriate one. It also aims to help researchers to conduct and report research in the most useful way for research users.

HÁTTÉR ÉS INDOKLÁS

2006-ban a brit Orvosi Kutatási Tanács útmutatót tett közzé a komplex beavatkozások kidolgozására és értékelésére vonatkozóan (Craig et al., 2006), amely a 2000-ben közzétett keretrendszerre épül (Medical Research Council, 2000). A cél az volt, hogy segítse a kutatókat és a kutatás finanszírozóit abban, hogy felismerjék és elfogadják azokat a komplex beavatkozások kidolgozására és értékelésére kialakított módszereket, amelyek alkalmasak a kutatások minőségének javítására, és ezáltal azok hatásának maximalizálására.

Az útmutató 2006-os kiadása óta jelentős fejlődés történt a komplex beavatkozások kutatásának területén. Egyes területeken a megközelítések és módszerek alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok és ismeretek felhalmozódtak, és részletes, célzott útmutatókat adtak közre a kutatások megvalósításához és dokumentálásához. Más területeken a komplex beavatkozással kapcsolatos kutatás új kihívásait azonosították, és emiatt megkérdőjelezték a korábbi útmutatók hagyományos megközelítéseit és módszereit.

A fentiek helyett volt szükség a 2006. évi útmutató frissítésére. Mivel ma már több részletes útmutató áll rendelkezésre, valamint a megközelítések szélesebb körének figyelembevételére van szükség, a cél egy kevésbé előíró és rugalmasabb, átfogó útmutató megalkotása volt. Az új keretrendszer célja, hogy javítsa a komplex beavatkozásokra vonatkozó kutatások tervezését és megvalósítását, növelve azok asznoóságát,

hatékonyságát és hatását. A kutatás értékének növelésére és a kutatási veszteségek minimalizálására vonatkozó elvekkel összhangban a keretrendszer (1) hangsúlyozza a különböző kutatási szempontok alkalmazását és a kutatás felhasználóinak, azaz a klinikusoknak, a betegeknek és a nyilvánosságnak a kutatócsoportokba való bevonását, továbbá (2) célja, hogy segítse a kutatócsoportokat a kutatási kérdések rangsorolásában, valamint a megfelelő módszerek kiválasztásában és alkalmazásában.

MÓDSZEREK

A keretrendszert az alábbi négy szakaszban dolgozták ki:

1. szakasz

„Hiányelemzést” végeztek azzal a céllal, hogy azonosítsák és összefoglalják a korábbi iránymutatás azon aspektusait, amelyek frissítést igényeltek. Az ezt végző projekt- és tudományos tanácsadó csoport összeállította a tovább vizsgálendő témakörök listáját. Minden egyes témakörben elvégezték a meglévő szakirodalom rövid áttekintését. Ez alapján dolgozták ki azokat a kérdéseket, amelyeket a 2. szakaszban szakértőkkel részletesebben megvizsgáltak. Ez a kezdeti szakasz határozta meg a frissítés ütemtervét.

2. szakasz

Szakértői műhelytalálkozót szerveztek, hogy véleményeket gyűjtsenek és rögzítsék az onnan

lefedendő vagy aktualizálandó témákat. A résztvevőket a projekt- és a tudományos tanácsadó csoport jelölte ki, és arra törekedtek, hogy a hiányelemzésben azonosított témák mindegyikéhez legalább két szakértőt felkérjenek. Ezek a témakörök képezték a facilitált szekciómegbeszélések kiindulópontját. A műhelytalálkozón 36 szakértő vett részt a komplex beavatkozások fejlesztése és értékelése szempontjából releváns számos tudományágat képviselve, például a népegészségügy, az egészségügyi szolgáltatások kutatása, a klinikai kutatás és az egészséggazdaságtan területéről. A megbeszéléseket hangfelvételen rögzítették, majd ezeket a felvételeket áttekintették, tematikusan rendszerezték és felhasználták az aktualizált keretrendszer első tervezetének tartalmára vonatkozó döntések meghozatalához.

3. szakasz

Nyílt konzultációt rendeztek 2019 áprilisában, melynek célja a keretdokumentum első teljes tervezetével kapcsolatos vélemények összegyűjtése volt. A lehetséges véleményezőket e-mailben, és a nyilvános közösségi média csatornáin keresztül is megpróbálták bevonni. A konzultációs válaszokat (n = 52) tematikusan rendszerezték, és a projektcsoport a tudományos tanácsadó csoporttal együtt döntött a keretdokumentum felülvizsgálatáról.

4. szakasz

A projektcsoport a tudományos tanácsadó csoporttal folytatott megbeszéléseken és valamennyi szerző támogatásával elkészítette a végleges dokumentumot. Ezt követően 2020 májusában és júniusában megküldték azt véleményezésre az Orvosi Kutatási Tanácsnak és a Nemzeti Egészségügyi Kutatási Intézet (National Institute for Health Research) Módszertani Kutatási Program tanácsadó csoportjának, a Népegészségügyi Tudományok Csoportjának, valamint további nyolc szakértőnek, és a beérkezett vélemények figyelembevételével véglegesítették a dokumentumot.

EREDMÉNYEK

A legfontosabb változások a korábbi iránymutatáshoz képest:

1. Kibővítették a komplex beavatkozás meghatározását úgy, hogy az magában foglalja a beavatkozás és a környezet közötti kölcsönhatásból eredő, valamint a beavatkozás szerkezetéből eredő komplexitást is.
2. Az elméleti és a módszertani kutatások legújabb fejleményeire támaszkodva ajánlásokat fogalmaztak meg arra, hogy a kutatók hogyan vehetik figyelembe a komplexitást. A szerzők ajánlják továbbá a különböző kutatási perspektívák figyelembevételét és használatát, valamint a kutatási kérdések és módszerek pragmatikus és pluralista megválasztását. Négy, egymást átfedő kutatási megközelítést határoztak meg, amelyek különböző típusú kutatási kérdések megválaszolásához alkalmazhatók:
 - i. Hatásosság: Milyen mértékben hozza a beavatkozás a kívánt eredményeket kísérleti vagy ideális körülmények között?
 - ii. Hatékonyság: Milyen mértékben hozza a beavatkozás a kívánt eredményeket valós körülmények között?
 - iii. Elmélet: Mi és hogyan, milyen körülmények között működik?
 - iv. Rendszertudomány: Miként alkalmazódik egymáshoz a rendszer és a beavatkozás?

Ösztönzik a különböző kutatási megközelítések mérlegelését, különösen azt, hogy ezek miként használhatók fel a beavatkozás, a megvalósítás színhelyének, valamint a kettő közötti időbeli összefüggés értelmezésére és értékelésére. A különböző kutatási megközelítések alkalmazása ugyanis lehetővé teszi a komplexitás forrásainak megfelelő figyelembevételét.

3. Hat alapvető elemet azonosítottak, amelyekkel a kutatási folyamat során érdemes foglalkozni:
 - i. Kontextus: Első ízben emelték ki a kontextus fontosságát, valamint a beavatkozások „rendszerbeli eseményekként” való értelmezésének előnyét. Hangsúlyozzák, hogy a beavatkozások valójában a végrehajtás körülményeivel, kontextusával való kölcsönhatások révén fejtik ki hatásukat.
 - ii. A programelmélet finomítása és tesztelése: A programelmélet leírja, hogy egy beavatkozás várhatóan hogyan és milyen feltételek mellett fejt ki hatását. A prog-

ramelméletet a végrehajtás minden szakaszában tesztelni és finomítani kell, és azt a bizonytalanságok, a kutatási kérdések és az értékelési eredmények meghatározásához kell felhasználni. A programelmélet kidolgozása együttműködésen alapuló és ismétlődő folyamat.

- iii. Érintettek: Elengedhetetlen az érintettek kutatási folyamatba történő érdemi bevonása és partneri együttműködés a beavatkozásokkal kapcsolatos kutatási elemek közös kidolgozásában, azonosításában vagy rangsorolásában, valamint a programelméletek, a kutatási megközelítések, a fő bizonytalansági tényezők és kutatási kérdések egyeztetésében.
- iv. Bizonytalanságok: Kulcsfontosságú a már ismert bizonytalanságok azonosítása, valamint azoké, melyek a programelmélet, a kutatócsoport és az érdekeltek által legfontosabbnak ítélt tényezőkhez kapcsolhatók. Ezek segítséget jelentenek a kutatási kérdések megfogalmazása és rangsorolása során, valamint megbízhatóbb alapot nyújtanak a döntésekhez.
- v. Beavatkozás finomítása: A beavatkozás „finomhangolásának” vagyis módosításának folyamata, azt követően, hogy az előzetes változatot (prototípust) kifejlesztették. Azt javasolják, hogy a beavatkozást folyamatosan a programelmélettel összhangban finomítsák, mert az javíthatja a beavatkozás megvalósíthatóságát.
- vi. Gazdasági megfontolások: A beavatkozások megvalósításához szükséges erőforrások és az eredmények összehasonlítása meghatározó az érintett egyének és szervezetek számára. Ezekre a korábbi útmutatóhoz képest nagyobb hangsúlyt fektet az új keretrendszer. A szerzők ezt a kutatási projekt minden fázisában kulcsfontosságú elemnek tartják, nem pedig egyszerűen a költséghatékonyság értékelésére szolgáló eljárásnak.

A kutatási folyamatot négy szakaszra osztják: a kidolgozás, a megvalósíthatóság elemzése, az értékelés és a megvalósítás. Minden egyes szakaszhoz tömör összefoglalót adnak a legújabb fejleményekről, érintik a legfontosabb megválaszolható kérdéseket, és további olvasmányokat ajánlanak.

1. Kidolgozás

- i. A beavatkozás kidolgozása: Nagymértékben támaszkodnak az INDEX kutatás által nyújtott átfogó útmutatásra (O’Cathain et al., 2019). A kidolgozás lépései a következők: megfelelő tervezés; az érdekeltek bevonása; a beavatkozás kidolgozásához megfelelő szakértelemmel rendelkező csoport összehívása; a kapcsolódó szakirodalom és elméletek áttekintése; a programelmélet kidolgozása, tesztelése és finomítása; elsődleges adatok felhasználása; a beavatkozás kontextusának értelmezése; a jövőbeli végrehajtás átgondolása; a beavatkozás megfelelő finomítása; és a kidolgozási szakasz lezárása, beleértve a folyamat dokumentálását. E lépéseket négy olyan kérdéscsoporttal egészítették ki, amelyek hasznosak lehetnek egy beavatkozás kidolgozása során: a beavatkozások új kontextushoz való igazítása; a tágabb rendszertényezők figyelembevétele; a beavatkozás modellezése vagy szimulációja; és a gazdasági tényezők figyelembevétele.
- ii. A beavatkozás azonosítása: a kutatók nem mindig tudnak részt venni a beavatkozás kidolgozásában, például amikor azokat politikai környezetben tervezik és irányítják. Ez némileg eltérő kihívásokat jelent a kutatás ezen szakaszában. Például, előfordulhat, hogy nem teljesen világos, mi a beavatkozás elméleti alapja, vagyis nincs kifejezett programelmélet. A kutatásnak ebben a szakaszában a legfontosabb lépés a programelmélet kidolgozása, mely fontos alapja lesz az értékelési tervvel kapcsolatos megfontolásoknak.

2. A megvalósíthatóság elemzése

Ez a szakasz a kidolgozási szakaszban azonosított bizonytalanságok feltárására szolgál. Ideális esetben több érdekelt fél bevonásával kell kidolgozni a „továblépési kritériumokat” annak eldöntésére, hogy egy adott ponton továbblépjünk-e az értékelés következő szakaszába, folytassuk-e a megvalósíthatóság további elemzését, visszatérjünk-e a beavatkozás kidolgozásához, vagy befejezzük-e a kutatást. A továblépési kritériumok kapcsolódhatnak az értékelési tervhez, amelynek kulcsfontosságú szempontjai a következők: a résztvevők toborzásának és érdeklődésük fenntartásának megvalósíthatósága; a megfelelő mintanagyság elérésének lehetősége; az eredmények értékelésének megvalósíthatósága (pl. adatgyűjtő eszközök és a nyomon

követés időtartama); az adatgyűjtés és -elemzés kapacitása és ideje; valamint a nem szándékolt eredmények figyelembevétele.

A továbblépési kritériumok magával a beavatkozással kapcsolatos bizonytalanságokhoz is kapcsolódhatnak, például a beavatkozás optimális és elfogadható tartalmához és megvalósításához, a beavatkozás tervéhez való ragaszkodáshoz, a költséghatékonyság valószínűségéhez, valamint a beavatkozást megvalósító személyek kapacitásához, amely a beavatkozásnak a tervezett módon történő végrehajtásához szükséges. Ez még akkor is fontos, ha a beavatkozás hatékonynak bizonyult, különösen akkor, ha a kontextuális vagy megvalósítási tényezők befolyásolhatják a beavatkozás hatékonyságát. Kulcsfontosságú, hogy további feladatok elvégzésére lehet szükség a beavatkozás finomításához, mielőtt a teljes körű értékelésbe kezdenének, és magát a programelméletet is párhuzamosan finomítani kell. A gazdasági modellezés annak értékelésére használható, hogy egy beavatkozás várható haszna igazolja-e annak költségeit, és így hasznos annak eldöntéséhez, hogy érdemes-e továbblépni a teljes körű értékelésre. Az értékelhetőség becslése a megvalósíthatósági tanulmány egy kiegészítő megközelítése. Ez a beavatkozások kidolgozását és értékelését támogató, együttműködésen alapuló megközelítés, amelynek célja annak meghatározása, hogy egy beavatkozás hasznosan értékelhető-e vagy sem, és ehhez milyen módszerek a legmegfelelőbbek.

3. Értékelés

Ebben a fázisban fontos mérlegelni, hogyan lehet a döntéshozatal céljára maximalizálni az információk „hasznosságát”. Ehhez meg kell ismerni a beavatkozással kapcsolatos legfontosabb bizonytalanságokat, és olyan kutatási kérdéseket kell kidolgozni, melyek relevánsak a bizonytalanságok feloldásához. Számos, előzőleg említett kutatási szempontot kell figyelembe venni, és nem feltétlenül csak a hatékonyságra kell összpontosítani. Sok vizsgálati terv létezik, és a döntést, hogy melyiket alkalmazzuk, a feltett kutatási kérdések alapján, az azonosított bizonytalanságok figyelembevételével kell meghatározni. Nincs „legjobb” vizsgálati terv, a megközelítést az adott helyzethez kell igazítani. Lényeges szempont az eredményesség mérőszámainak vagy a változás mutatóinak kiválasztása. Ezeket is az érdekeltek számára fontos eredmények vagy változások, valamint a beavatkozás alapos értelmezése alapján kell kiválasztani. Az

eredményesség mérésének nem kell kizárólag az egyéneken bekövetkezett változásokat megragadniuk, hanem értékelhetik a rendszerben bekövetkezett változásokat is, például a politika vagy a társadalmi normák változását, vagy annak feltárását, hogy a rendszer egyik részén bekövetkezett változás miként változtatja meg a viselkedést a rendszer más részein, mint például a dohányzás otthonra való visszaszorulása a nyilvános dohányzási tilalom bevezetése után.

4. Megvalósítás

Ez a szakasz a beavatkozások hatásának növelése érdekében tett tudatos erőfeszítésekről szól. Még ott is, ahol a beavatkozások hatásosnak bizonyulnak, ritkán valósítják meg őket teljes egészében sikeresen. A megvalósítás tudománya egy fejlődő kutatási terület, amelynek egyik fókuszja az olyan beavatkozások hatásos megvalósításának maximalizálása, amelyek hatékonyságát már bizonyították egy korábbi vizsgálatban. A megvalósítási kutatásokban a leginkább fontos eredmények tulajdonképpen a megvalósítás hatékonysága, például az eléréssel, a szakpolitikai hatással és a szolgáltatás igénybevételeivel mérve. A megvalósítást a komplex beavatkozással kapcsolatos kutatások minden szakaszában figyelembe kell venni. A megvalósítás figyelembevétele ugyanis növeli a valós körülmények között elfogadható és fenntartható beavatkozások kidolgozásának esélyét.

A dokumentumban esettanulmányokat mutatnak be a különböző megközelítések illusztrálására és az egyes pontok szemléltetésére.

A komplex beavatkozással kapcsolatos vizsgálatok minden fázisában bátorítják a kutatókat, hogy rendszeresen térjenek vissza a fent említett központi elemekre. Egy ellenőrző listát is adnak a keretrendszer használatának támogatására és dokumentálására, különösen az alapelemekre és az egyes kutatási fázisok legfontosabb szempontjaira való odafigyelésre, a támogatási kérelmek és a folyóiratcikkek elkészítése során.

A komplex beavatkozások kutatása egy interdiszciplináris, gyorsan fejlődő terület, amelyben a kulcsfogalmakat különböző módon használják. A dokumentum szójegyzéke tartalmazza a kulcskifejezések munkadefinícióit. A keretdokumentum rövid útmutatást ad arra vonatkozóan is, hogy miként kell megközelíteni a komplexitást a bizonyítékok szintézise során.

KÖVETKEZTETÉSEK

A keretrendszer pluralista megközelítést alkalmaz, és ösztönzi a különböző kutatási szempontok figyelembevételét és felhasználását. A szerzők elismerik, hogy a döntéshozatal szempontjából leghasznosabb bizonyítékok előállításához gyakran egyensúlyozni kell a szűken értelmezett kérdésekre adott pontos, elfogulatlan válaszok és a tágabb, összetettebb kérdésekre adott bizonytalanabb válaszok között. E keretrendszer korábbi kiadásai abból a feltételezésből indultak ki, hogy a hatékonyság elfogulatlan becslése az értékelés alapvető célja. A szerzők most hangsúlyozzák, hogy az elméletek javítása és annak megértése, hogy a beavatkozások miként és milyen körülmények között járulnak hozzá a változáshoz, ugyancsak fontos céljai a komplex beavatkozással kapcsolatos kutatásoknak.

Számos összetett beavatkozás kutatási problémája esetében a hatékonyság vagy eredményesség vizsgálata az optimális megközelítés, amelyhez valószínűleg egy véletlen besorolásos, kontrollált vizsgálat a legjobb megoldás a torzításmentes becslés elérése érdekében. Más problémáknál ez nem így van, és az alternatív nézőpontok és vizsgálati tervek nagyobb valószínűséggel fognak hasznos új ismereteket generálni, melyek segítenek csökkenteni a döntéshozói bizonytalanságot. A jövőre nézve fontos, hogy a finanszírozók által megrendelt és a kutatók által végzett intervenciók kutatások ne korlátozódja-

nak a nézőpontok és megközelítések olyan szűk körére, amelyek a megrendelő szempontjából kevésbé kockázatosak, ugyanakkor nagyobb valószínűséggel adnak egyértelmű és elfogulatlan választ az adott kérdésre. Sok esetben ugyanis merészebb megközelítésre van szükség, és olyan új módszereket és nézőpontokat kell kipróbálni, melyekhez a még nem széles körben alkalmazott módszerek elterjesztése, valamint a módszertani innováció nélkülözhetetlen.

A szerzők azt az álláspontot képviselik, hogy a keretrendszer jövőbeli frissítései továbbra is széles, pluralista szemléletet kövessenek. Ehhez az egyre szélesedő témakört, valamint az egyes módszerekről és témákról már rendelkezésre álló gazdag, sokszínű és folyamatosan fejlődő, részletes módszertani útmutatókat figyelembe véve az lenne a leghasznosabb, ha a keretrendszer célszerűen egy olyan webalapú formátumban jelenne meg, amely lehetővé teszi a szöveg gyakori frissítését, új anyagok beépítését, a frissített és újonnan megjelenő kulcsfontosságú forrásokra mutató új linkek hozzáadását.

FINANSZÍROZÁS

A projektet a Medical Research Council és a National Institute for Health Research (Department of Health and Social Care 73514) közösen finanszírozta.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A (nép)egészségügyi kutatásokkal foglalkozó szakemberek számára igen fontos, mondhatni, korszakos ez a dokumentum, mert „hivatalosan” kinyilvánítja, hogy az egészség javítására irányuló beavatkozások tervezésekor, megvalósításakor és értékelésekor elengedhetetlen a rendszerszemlélet. Bár ez nyilvánvalóan következik abból a már évtizedek óta ismeretes megfontolásból, hogy az egészség — akárcsak más társadalmi jelenségek is — a befolyásoló tényezők komplex rendszerének terméke, eddig ezt egészségügyi szakdokumentum nem tette ilyen egyértelművé. Ugyancsak érdemes kiemelni a vizsgálat körülményeinek, kontextusának a kutatások középpontjába emelését. A korábbi kutatási megközelítések — leginkább jellegzetesen a randomizált kutatások — esetében az értékeléskor a körülmények figyelmen kívül hagyása megakadályozta az eredmények valós világra történő általánosíthatóságát, alkalmazhatóságát. Kívánatos lenne, ha a hazai (nép)egészségügyi szakemberek képzése során e szakdokumentumban megfogalmazottak mielőbb kiemelt szerepet kapnának, ezzel növelve a magyar (nép)egészségügyi kutatások sikerességét, elismertségét.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

Információk a szerzőről:

Vitrai József, Egészségfejlesztés folyóirat, Budapest; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, vitrai.jozsef@gmail.com

HIVATKOZÁSOK

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 337, a1655. doi: [10.1136/bmj.a1655](https://doi.org/10.1136/bmj.a1655)

Medical Research Council (Great Britain). (2000). Health Services and Public Health Research. A Framework for Development and Evaluation of RCTs for Complex Interventions to Improve Health.

O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), e029954. doi: [10.1136/bmjopen-2019-029954](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954)

Cikkismertetés: Az analóg társasjátékok értéke időskorban

Article review: The value of analogue board games in old age

Ismertető:	Vonák Alexandra
Ismertetett cikk:	Altschul, D. M. & Deary, I. J. (2020). Playing analog games is associated with reduced declines in cognitive function: A 68-year longitudinal cohort study. <i>The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences</i> , 75(3), 474–482. doi: 10.1093/geronb/gbz149
Kulcsszavak:	kogníció; kognitív megismerés; játékok; intellektuális működés; longitudinális változás
Keywords:	cognition; cognitive reserve; games; intellectual functioning; longitudinal change

Beküldve: 2021. 11. 05., doi: [10.24365/ef.v63i1.7488](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7488)

BEVEZETÉS

Az intellektuálisan elkötelezett életmódnak hosszú távú előnyei vannak a megismerési és gondolkodási tevékenységek (kognitív funkciók) fenntartásában. Tudományos tény, hogy a kognitív hanyatlással rosszabb a mentális és fizikai egészség, társulhat mellé például depresszió vagy cukorbetegség.

Az analóg, vagyis nem digitális társasjátékok kognitív hanyatlás elleni védelméről szóló tanulmányok korlátozottak, azonban kétségkívül egyfajta pozitív hatással van a rendszeres társasjátékozás a kognitív funkciókra.

A bemutatott cikk nagy mintán és hosszú követési idővel, 11 éves kortól 79 éves korig lefolytatott kutatást ismertet, melyben arra keresték a választ négy speciális kognitív részterület vizsgálatával, hogy az analóg társasjátékok védelmet nyújtanak-e az időskori kognitív hanyatlás ellen.

MÓDSZEREK

Kezdetben egészséges, egy közösségben élő 1936-ban született 1 091 fős mintával indult a kutatás. A vizsgálat ideje alatt több vizsgálati személy lemorzsolódott vagy a fellépő demencia miatt kizárára került az alanyok közül.

A vizsgálatban a kognitív funkciók részterületeinek, a kristályos és fluid gondolkodás, a feldolgozási sebesség és a memória képesség felmérésére a Moray House Intelligenciatesztet (*Moray House Test*) alkalmazták.

Tanulmányozták, hogy a résztvevők milyen rendszerességgel vesznek részt analóg játékokkal kapcsolatos tevékenységekben, amelyet a játék gyakoriságában bekövetkező változásokra vonatkozó kérdésekkel bővítettek később.

2004 és 2017 között a szociodemográfiai adatok mellett a társasjátékos tevékenységet (kártyajátékok, sudoku stb.), egészségi állapotot (betegségek) és a kognitív funkciókat mérték fel. Az általános kognitív funkciókat 11 és 70 éves korban, annak részterületeit pedig 70 éves korban, továbbá 73, 76 és 79 éves korban vizsgálták, egy 14 tesztből álló átfogó kognitív tesztcsomag segítségével. Az analóg játékokkal kapcsolatos tevékenységeket 70 és 76 éves korban mérték fel.

EREDMÉNYEK

A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a gyakori társasjátékkal való játszás összefügg a női nemmel, a magas iskolai végzettséggel és a magasabb társadalmi osztállyal.

Az egyik legfontosabb eredmény, hogy kimutatható a gyakori, heti többszöri társasjátékos tevékenység pozitív hatása a kognitív funkciók csökkenésének mértékére. A jellemzően rendszeresen és többször játszó egyéneknek 70 éves koruktól kezdve jobb a kognitív teljesítményük, mint a ritkábban vagy egyáltalán nem játszó körében.

KÖVETKEZTETÉS

A tanulmány a kognitív funkciók megőrzését elősegítő társasjátékos tevékenységgel kapcsolatos eredményeket és ezek összefüggéseinek ismereteit bővíti egy 68 évet átfogó vizsgálattal.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egyre népszerűbb analóg társasjátékok tudományos vizsgálatokban és a hazai tanulmányokban kevés számban jelennek meg. Az ismertetett cikk rámutat arra, hogy a társasjátékozás közben használt kognitív képességek szoros összefüggésben vannak az intelligenciatesztek által mért képességek általános és részterületeivel. A kutatást hazai mintán javasolt megismételni, amit érdemes kiterjeszteni a mentális egészség és a szubjektív jóllét vizsgálatával. Javasolt továbbá az analóg társasjátékok modern változatait, avagy típusait külön tényezőként tekinteni.

Információk a szerzőről:

Vonák Alexandra, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, vonak.alexandra@gmail.com

Cikkismertetés: Eltérő testtömegindex, eltérő mentális kitartás?

Article review: Different body mass index, different mental perseverance?

Ismerető:	Devosa Iván
Ismertetett cikk:	Styk, W., Zmorzyński, S. & Klinkosz, W. (2021). Effectiveness of different types of mental simulation in the weight loss process based on a perseverance study among people with different BMI. <i>Archives of Public Health</i> , 79(1), 10. doi: 10.1186/s13690-021-00524-4
Kulcsszavak:	mentális képzelet; mentális szimulációk; kitartás; BMI; elhízás; túlsúly
Keywords:	mental imagery; mental simulations; perseverance; BMI; obesity; overweight

Beküldve: 2020. 11. 07., doi: [10.24365/ef.v63i1.7501](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7501)**HÁTTÉR**

A világ népességének nagy része olyan országokban él, ahol a túlsúly és az elhízás több ember halálát okozza, mint az alultápláltság. A fogyás folyamatát mentális szimulációkkal¹ (mellyel mások cselekvései utánzással játszódnak le saját elménkben, a tanulás és más emberek megértésének fontos eleme) lehet támogatni, amelyek segítségével az egyének hatékonyan törekedhetnek a különböző célok elérésére. A vizsgálat célja az volt, hogy meghatározzák a különböző típusú mentális szimulációk hatását a kitartásra, a figyelemelterelő hatásokkal szembeni ellenállásra, illetve a lényegtelen gondolatok vagy emlékek gátlásának képességére különböző testtömegindexű (*body mass index, BMI*) személyeknél.

MÓDSZER

A vizsgálat 252 résztvevőre terjedt ki. A kísérlet során bemutatott utasítások alapján folyamatszimulációkat (melyben a folyamat részleteit ismerjük meg) és eredménysszimulációkat (melyben adott bemenetre kapott kimeneteket ismerünk meg a folyamat részletes elemzése nélkül) végeztek. A kitartást és a zavaró tényezőkkel szembeni ellenállást egy számítógépes labirintus-megoldó feladat segítségével határozták

meg. [1. ábra] A kitartás két mutatóját elemezték, melyek a megoldott labirintusfeladatok száma és a teszt megoldására fordított teljes idő voltak. Az egy feladatra fordított átlagos időt annak mérésére használták, hogy milyen mértékű a zavaró tényezőkkel szembeni ellenállás, valamint a lényegtelen gondolatok és emlékek meggátolása. A vizsgálatban 252 alany vett részt, 56%-ban nők (n = 141) és 44%-ban férfiak (n = 111). A legfiatalabb alany 18 éves volt, a legidősebb pedig 58 éves. Az átlagéletkor 35 év volt (SD = 11). A résztvevők testtömegindexét is megmérték: 20 alany (7%) testtömegindexe a normálnál kevesebb, 160 alany (65%) testtömegindexe normális, 72 alany (28%) testtömegindexe pedig a normálnál több volt. Az alanyok nagyrésze felsőfokú végzettséggel rendelkezett (82%).

EREDMÉNYEK

Az elemzések eredményei azt mutatták, hogy az alkalmazott mentális szimuláció típusa hatással volt a kitartás mutatóira. A folyamatszimulációban részt vevő alanyok több feladatot teljesítettek és több időt töltöttek a teszt megoldásával, mint az eredménysszimulációban résztvevők — tehát akik csak a bemeneti és kimeneti eredményekre fókuszáltak — nem értelmezve a folyamat lépéseit — gyorsabban végeztek.

¹ János, R. & Zborovszki, K. (2006). Mentális szimuláció és narratív transzport a reklámokban. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 7(2), 145–169. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12655-004>

Összefüggést találtak a vizsgálati alanyok testtömegindexe és a vizsgált mutatók között. Az alultáplált, túlsúlyos vagy elhízott egyének mindhárom mutatóban alacsonyabb pontszámot értek el, mint a normál testtömegindex-szel rendelkező alanyok. A normálnál magasabb testtömegindex-szel rendelkező személyeknél a

mentális szimulációk növelték a figyelemelterelő tényezőkkel szembeni ellenállást és a feladatról elterelő gondolatok gátlásának képességét. Lehetséges, hogy a figyelemelterelőkkal szembeni ellenállás növelése felelős a mentális szimulációk hatékonyságáért a fogyás folyamatában.

1. ábra: Példa egy labirintusfeladatra



Az alanyokat arra kérték, hogy minél több labirintusfeladatot oldjanak meg, melyhez nem adtak időkorlátot. Egy labirintus megoldásához a résztvevőknek az egérkurzort egy zöld pontról egy piros pontra kellett mozgatniuk anélkül, hogy a labirintus belső „falait” átlépnék.

Forrás: saját szerkesztés az eredeti alapján

EREDMÉNYEK

Az elemzések eredményei azt mutatták, hogy az alkalmazott mentális szimuláció típusa hatással volt a kitartás mutatóira. A folyamatszimulációban részt vevő alanyok több feladatot teljesítettek és több időt töltöttek a teszt megoldásával, mint az eredménysszimulációban résztvevők — tehát akik csak a bemeneti és kimeneti eredményekre fókuszáltak — nem értelmezve a folyamat lépéseit — gyorsabban végeztek. Összefüggést találtak a vizsgálati alanyok testtömegindexe és a vizsgált mutatók között. Az alultáplált, túlsúlyos vagy elhízott egyének mindhárom mutatóban alacsonyabb pontszámot értek el, mint a normál testtömegindex-szel rendelkező alanyok. A normálnál magasabb testtömegindex-szel rendelkező személyeknél a

mentális szimulációk növelték a figyelemelterelő tényezőkkel szembeni ellenállást és a feladatról elterelő gondolatok gátlásának képességét. Lehetséges, hogy a figyelemelterelőkkal szembeni ellenállás növelése felelős a mentális szimulációk hatékonyságáért a fogyás folyamatában.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kapott eredményeket a túlsúlyos és az elhízott egyéneknek szánt beavatkozások kidolgozásában lehet alkalmazni. A mentális szimulációkon alapuló pszichológiai beavatkozások segíthetik az egyének fizikai aktivitásának növelését, ami az egészségi állapot javulásához vezethet. Hangsúlyozni szükséges, hogy hatásmechanizmusuk személyenként eltérő lehet.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazai szakemberek számára ismert, hogy hazánk az Európai Unió és a világ élvonalában van az elhízottság tekintetében: 2009-ben a férfiak 20,8%-a, a nők 18,4%-a, 2014-ben a férfiak 21,4%-a, a nők 19,9%-a, míg 2019-ben a férfiak 25,1%-a, a nők 22,7%-a volt elhízott a Központi Statisztikai Hivatal² adatai alapján. Ezért különösen fontos a probléma komoly és mihamarabbi kezelése, mert nem statikusan, hanem dinamikusan romló állapotról van szó. Az iskolai testnevelés mindennapi bevezetése, a menzareform és a chipsadó (neta) voltak az elmúlt évek hazai főbb intézkedései. Ezeken kívül szükség van az egyéni — akár pszichológus bevonásával kidolgozott — személyre szabott egészségtervekre is, melyek segítségével az elkezdett diéta, illetve az új egészséges életmód nem szakad meg. Erre egy másik lehetőség az új magyar táplálkozási ajánlás, az OKOSTÁNYÉR®³ használata, ami segítséget nyújt az egészséges életmód fenntartásához.

Információk a szerzőről:

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

² Központi Statisztikai Hivatal. (2021): 4.1.1.39. A népesség megoszlása tápláltság szerint a testtömegindex (BMI) alapján [%] https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0039.html

³ További információ az új magyar táplálkozási ajánlásról, az OKOSTÁNYÉR®-ről: www.okostanyer.hu

Cikkismertetés: Az ártalmas gyermekkori élmények fontos következményei, szisztematikus áttekintése és metaanalízise európai vonatkozásban

Article review: Important European consequences of the adverse childhood experiences with systematic review and meta-analysis

Ismertető:	Bákonyi Dzszenifer
Ismertett cikk:	Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Public Health</i> , 6(11), e848–e857. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00232-2
Kulcsszavak:	ártalmas gyermekkori élmények; egészségügyi következmények; költségek; szisztematikus áttekintés; metaanalízis
Keywords:	adverse childhood experiences; health consequences; costs; systematic review; meta-analysis

Beküldve: 2021. 11. 08., doi: [10.24365/ef.v63i1.7515](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7515)

BEVEZETÉS

Az ártalmas gyermekkori élmények (*adverse childhood experiences, ACE*) következményeinek tanulmányozása rendkívül fontossá vált az elmúlt két évtizedben, mivel ezek az élmények a későbbi életkorban jelentős egészségügyi kockázatokkal járnak.¹ Az ACE-ek a legintenzívebb stresszforrást jelentik egy gyermek életében, befolyásolva a neurológiai, biológiai és társadalmi fejlődést, növelve az egészségkárosító magatartásformákat, a mentális zavarok és a testi betegségek kialakulásának kockázatát. Fontos felhívni a figyelmet a Covid-19-világjárvány okozta korlátozások miatt potenciálisan növekvő kockázati tényezőkre is. A kutatás célja az volt, hogy 28 európai országra vonatkozóan megbecsüljék az ACE-ek éves egészségügyi és gazdasági terheit. A szerzők távolabbi célkitűzése az volt, hogy a megalapozott gazdasági döntéshozatalhoz szükséges finanszírozási prioritások kialakításában elméleti alapot nyújtsanak,

különös tekintettel a prevenció programok szerepére a Covid-19-világjárvány idején. Az utóbbi időben kitüntetett figyelem irányul az ACE-ek európai előfordulási gyakoriságának (prevalenciájának) növekedésére, valamint az egészségügyi károk mellett a gazdasági kiadásokra, a segítő tényezők feltárására és a megelőző stratégiák kidolgozására. Egy 2019-es tanulmány az ACE-ek tíz rizikófaktorát alapul véve például úgy találta, hogy az egészségi állapotra vonatkozó következmények évente 581 milliárd dollár terhet jelentenek Európában és 748 milliárd dollárt Észak-Amerikában.²

MÓDSZERTAN

Ebben a szisztematikus áttekintő tanulmányban és metaanalízisben egy 2019-es, Bellis és mtsai által végzett keresést aktualizáltak. 1990. január 1. és 2018. július 11. közötti ACE-ek elfordulását és az egészségügyi következmények kockázatait

¹ Az ACE-ek egészségi kockázatáról az alábbi közleményben található több információ: Újhelyiné Nagy, A. & Kuritárné Szabó, I. (2020). Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra – szakirodalmi összefoglaló, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 27(1), 1–36. doi: [10.1556/0406.21.2020.008](https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.008)

² A fent említett tanulmányt az alábbi cikkszemlében ismertettük: Devosa, I. (2021). Cikkismertetés: A káros gyermekkori élmények hosszú távú egészségügyi következményei és ezek költségei Európában és Észak-Amerikában. *Egészségfejlesztés*, 62(3), 47–49. doi: [10.24365/ef.v62i3.6168](https://doi.org/10.24365/ef.v62i3.6168)

vizsgáló kvantitatív tanulmányokat kerestek kiegészítve a 2018. július 11. és 2020. szeptember 8. közötti adatokkal. Az ártalmas élményeket egy tíz pontos skálán vizsgálták, ahol egy-egy pontot jelentett a fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás; a fizikai és érzelmi elhanyagolás; a szerhasználó vagy mentális zavarban szenvedő családtaggal való együttélés; a családon belüli kriminalitás; a fizikai bántalmazás, valamint a szülők különélése vagy válása.

A tanulmányban hat elektronikus adatbázist vettek alapul (MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Criminal Justice Databases és az Education Resources Information Center), amelyek 2018 júliusát követően adatokat szolgáltatottak az európai uniós költségek kezdeti becsléséhez. A kiválasztott publikációk fontos kritériumoknak feleltek meg a vizsgálati populációt tekintve: 1. a minta mérete legalább 1 000 fő volt; 2. felnőtt alanyok vettek részt bennük; 3. igazolhatóan alacsony ACE rizikójú célszemélyekből álló mintával rendelkező kutatások kerültek be az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) európai régiójából.

Az ACE-ek és az egészségre káros magatartásformák összefüggéseire összevont relatív kockázatot számítottak ki, ilyenek például a túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás, a kábítószerhasználat, a magas testtömegindex (*body mass index, BMI*), a depresszió, a szorongás, a személyközi erőszak, a daganatos megbetegedések, a 2-es típusú cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a stroke és a légúti betegségek.

A tanulmányban a rendelkezésre álló adatok felhasználásával országos ACE-prevalenciát számoltak; majd szintén országos szinten generáltak populációnak tulajdonítható frakciókat (*population attributable fraction, PAR*³); ezeket alkalmazva meghatározták a relatív kockázat értékét az ártalmas gyermekkori élményekből következő egészségkárosodással töltött életevek (*disability-adjusted life years, DALY*), valamint a finanszírozási költségekhez kapcsolódó kockázati hányadok becsléséhez. A költségeket egy adaptált emberi alaptöket számoló módszerrel becsülték fel.

EREDMÉNYEK

Értékelték az elemzett tanulmányok minőségét és az absztraktok áttekintéséhez az összevont kockázatbecslések alapjául 4 137 publikációt kértek le, amelyekből 2 349 egyedi referenciát azonosítottak. A cikkek beszerzését és szűrését követően a metaanalízis beválasztási kritériumoknak megfelelően, 32 tanulmány (a végleges szűrés 86,5%-a) járult hozzá a ACE-prevalencia becsléséhez és 15 tanulmány (a végleges szűrés 40,5%-a) az összesített relatív kockázatbecsléshez. A megfelelő arányban felhasznált minták az Egyesült Királyság, Dánia, Finnország, Németország, Hollandia, Norvégia, Svédország, Svájc, Magyarország, Írország, Spanyolország és Ukrajna általános népességéből származtak.

A prevalencia becsléséhez hozzájáruló 32 tanulmány elegendő adatot szolgáltatott az ACE-becslések kiszámításához a 28 országban. A tanulmányokat összevetve az ACE-ek előfordulása 37,8% volt (egy ACE 22,6%; kettő vagy több ACE 15,2%; 2 181 712 személy bevonásánál). Az egyes országokat tekintve bármely ACE esetében 20,4%-tól (Észak-Macedónia) 69,4%-ig (Finnország) terjedtek, két vagy több ACE esetében 4,2% (Görögország) és 38,8% (Finnország) közé volt tehető az előfordulások.

Azt is megállapították továbbá, hogy egy ACE összefüggésében a relatív kockázat 1,02-től 1,64-ig (95% megbízhatósági tartomány [MT]) terjedt, melynél az alsó értéket a magas BMI függvényében, a legmagasabbat pedig a káros alkoholfogyasztás esetén mérték. Két ACE esetében azonban a relatív kockázat 1,07-től 3,72-ig terjedt, melynél az alsó érték ismét a magas BMI, a legmagasabb értéket pedig ezúttal a személyközi erőszak esetében mérték. A populációnak tulajdonítható frakciók alapján az ACE-ek következményeként a legkiemelkedőbb egészségproblémaként a személyközi erőszak (95% MT 14,7–53,5), a káros alkoholfogyasztás (95% MT 15,7–5,0), az illegális drogfogyasztás és a mentális zavar (szorongás és depresszió) értelmezhető. A legtöbb országban a káros alkoholfogyasztás, a dohányzás és a daganatos megbetegedés vonta maga után a legjelentősebb ACE-nek tulajdonítható költségeket. Az ACE-eknek tulajdonítható egészségkárosodással töltött korrigitált

³ A populációnak tulajdonítható frakció olyan epidemiológiai számítás, amelyet széles körben alkalmaznak a populációkban előforduló expozíció népegészségügyi hatásainak felmérésére. Mansournia M. A. & Altman D. G. (2018). Population attributable fraction. *BMJ (Clinical research ed.)*, 360, k757. doi: [10.1136/bmj.k757](https://doi.org/10.1136/bmj.k757)

életévek a kutatás becslése szerint, 13 ezertől (Montenegró) 4,3 millióig (Oroszország) terjedtek. Az ACE-eknek tulajdonítható költségek 0,1 milliárd dollártól (Montenegró) 129,4 milliárd dollárig (Németország) terjedtek. Ezek egyik oldalról megegyeztek az országok GDP-jének 1,1%-ával (Svédország és Törökország) és 6,0%-ával a másik oldalról (Ukrajna). Mindent összevetve a legmagasabb ACE-hez kötődő költségek Finnországot, Németországot, Olaszországot, Hollandiát és Norvégiát terheltek, fontos azonban tudni azt is, hogy az ACE-adatokra vonatkozó országos becslések elérhetősége nagymértékben eltért egymástól, így a közvetlen összehasonlító becslések korlátokba ütköztek. Az eredmények azonban azt sugallják, hogy az ACE-ek jelentős egészségügyi és pénzügyi költséggel járnak Európa-szerte. Jelen kutatás arra kívánta felhívni a figyelmet, hogy a prevenciót szolgáló intervenciók nélkülözése egyre magasabb finanszírozási terhet jelenthet az európai országok számára, továbbá a Covid-19-világjárvány okozta szolgáltatások szüneteléséből fakadó megnövekedett kockázati tényezők sem hanyagolhatóak el.

KÖVETKEZTETÉSEK

Mára már nyilvánvaló, hogy az ártalmas gyermekkori élmények átélése nem marad következmények nélkül. Az ilyen élmények hatása megkérdőjelezhetetlen az életminőségre és a betegségekkel szembeni ellenállóképességre. A következmények nem feltétlenül felnőttkorban jelennek meg, hanem már az élet korábbi szakaszaiban is fellelhetőek. Ez lehetővé teszi a korai, hatékony reakcióként minősíthető protektív programokba való bekapcsolódást, megcélözva a felnőttkori egészségmegőrzést, de emellett jelentős társadalmi és gazdasági költségeket vonnak maguk után. A tanulmány figyelmet szentelt az érintett személyek járvány okozta erőforrásainak, társadalmi szintű segítő és fejlesztő szolgáltatásainak visszaszorulására, valamint az izoláció, a támogatási forrásoktól való elszakadás következtében megnövekvő negatív kockázati tényezőkre és a betegségeknek való fokozott kitétségre. Noha a tanulmányok számos vezető egészségi kockázatot és okot lefednek, az ACE-ek tényleges terhe vélhetően magasabb a becslésekben jelzettnél, nemcsak Európában hanem szerte a világon. A cikk szerint aggodalomra adhat okot, hogy úgy tűnik, elvesztették prioritásukat az ifjúságsegítő, családerősítő programok, így egyfajta újjáépítés szükséges, ami a prevencióban való felzárkózást, továbbá a gazdasági lehetőségek újragondolását kívánja meg.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az idézett tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy az ártalmas gyermekkori élményeket átélők mellett, hogy fokozott egészségügyi kockázatnak vannak kitéve a Covid-19-világjárvány miatti intézkedések következtében halmozódott izolációval, magasabb fertőzésre való fogékonysággal nézhetnek szembe, ami egyben egyre magasabb finanszírozási terhet jelent hazánknak. A prevenciót célzó intervenciók újraindítása, a nyugati országokban sikeresen működő protektív szociális programok meghonosítása, a másutt már jól beépül ACE-eszközök alkalmazása rutinfelmérésekhez nemcsak az ACE-t átélők egészségkárosító magatartásainak csökkenéséhez, fertőzésekkel szembeni ellenállóképesség növeléséhez és életminőségéhez járulna hozzá, hanem hosszú távon a gazdaságra irányuló teher is alacsonyabb összeget mutathatna. Amint látjuk, az ACE-ek következményei valóságosak, az eredmények és a magunk mögött hagyott évek pedig minden kétséget kizárva mutatnak rá arra, hogy sürgős intézkedések szükségesek.

Információk a szerzőről:

Bákonyi Dzszenifer, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, dzszenifer.bakonyi@gmail.com

Cikkismertetés: Anyai szorongás és mentálhigiénés szolgáltatások igénybevétele a Covid–19-világjárvány idején

Article review: Levels of depression and anxiety in mothers with young children during the COVID-19 pandemic

Ismertető: Szmolár Mária

Ismertetett cikk: Cameron, E. E., Joyce, K. M., Delaquis, C. P., Reynolds, K., Protudjer, J. L., & Roos, L. E. (2020). Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 276, 765–774. doi: [10.1016/j.jad.2020.07.081](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.081)

Kulcsszavak: anyai; depresszió; szorongás; mentális egészségügyi szolgáltatások; Covid–19
Keywords: maternal; depression; anxiety; mental health services; COVID-19

Beküldve: 2021. 11. 11., doi: [10.24365/ef.v63i1.7547](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7547)

BEVEZETÉS

Az új koronavírus-járvány következményeként a családok számos pszichológiai, és társadalmi-gazdasági stresszhelyzettel szembesültek és szembesülnek még ma is, melyek megnövekedett egészségügyi szükségletekkel járnak. Jelen tanulmány elsődlegesen az anyai szorongás és depresszió előfordulási arányának változását igyekezett meghatározni a Covid–19-világjárvány alatt, továbbá vizsgálta a klinikailag releváns tünetek kockázati tényezőit. Ugyancsak vizsgálták a mentálhigiénés egészségügyi szolgáltatások igénybevételét és ennek akadályait.

MÓDSZER

Az online vizsgálatban olyan 18 évnél idősebb nők vettek részt, akiknek 0–8 éves korú gyermekük volt (N = 641). A kutatás során vizsgálták a szociodemográfiai adatokat, a világjárvány miatt bekövetkező esetleges munkanélküliséget, a járványhelyzet okozta pénzügyi problémák mértékét, a Covid–19-fertőzésnek való kitettség és a fizikai távolságtartást.

A Felnőtt Mentális Egészségügyi Zavarok Ellenőrzőlistája segítségével (*Adult Mental Health Disorder Checklist, AMHDC*) mérték fel a résztvevők esetleges mentális zavarait.

Az anyai depresszió mérése három különböző skálával történt: azon nők esetében, akiknek gyermeke 0–1,5 éves korú volt, az Edinburgh Születés Utáni Depresszió Skálát (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*), akiknek a gyermeke pedig 1,5–8 éves volt, az Epidemiológiai Vizsgálatok Központja által kidolgozott Depresszió Kérdőívet (*Center for Epidemiologic Studies – Depression, CESD*), vagy annak revidiált változatát (CESD-R) használták.

Az anyai szorongás tüneteinek felmérésére azon nők körében, akiknek gyermeke 0–1,5 éves volt, a Perinatális Szorongásos Szűrési Skálát (*Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS*), míg a Generalizált Szorongás Skála 7 kérdéses változatát (*Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale, GAD-7*) azon nők esetében használták, akiknek gyermeke 1,5–8 éves volt.

Az észlelt szociális támogatás mérése a többdimenziós Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőívet (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS*) alkalmazták. A Módosított Diadikus Kiigazítási Skála (*Revised Dyadic Adjustment Scale, RDAS*) a párkapcsolat minőségének rövid felmérésére szolgált. A Legutóbbi Stresszes Tapasztalatok Kérdőív (*Recent Stressful Experiences, RSE*) az elmúlt hónap és az elmúlt év nehézséget okozó eseményeinek jelenlétére tért ki. Ezenkívül a mentális egészséggel kapcsolatos szolgáltatások igénybevételét is vizsgálták a szerzők által összeállított kérdőív segítségével.

A statisztikai elemzést az IBM SPSS Statistics program 25 verziójával végezték.

EREDMÉNYEK

A vizsgálat alanyainak (N = 641) átlagéletkora 34,2 év volt; a gyermekek életkorát tekintve 267 főnek volt legalább egy, 1,5 évesnél fiatalabb, 388 főnek 1,5–4 év közötti és 273 főnek 5–8 év közötti gyermeke. A résztvevők 91,5%-a házas volt vagy élettársi kapcsolatban élt, 71,4%-a pedig legalább alapfokú végzettséggel rendelkezett. A válaszadók 88,4%-a Kanadában lakott, és 38,6%-a számolt be pénzügyi problémáról. A nők 99,8%-nak nem fordult elő Covid-19 betegség a háztartásában és 99,5%-uk gyakorolta a fizikai távolságtartást.

Az anyai depresszió

A teljes mintában a nők 41,5%-ánál (n = 465) diagnosztizáltak depressziót (ez az EPDS esetében 13 pont és afeletti, a CESD esetében pedig 16 pont vagy afeletti vágóértéknek felelt meg). Azon nők esetében, akiknek gyermeke 0–1,5 éves volt, az anyai depresszió megléte összefüggést mutatott a várandósság előtti mentális egészséggel, az alacsonyabb iskolai végzettséggel, az alacsonyabb jövedelemmel, a járvány következtében fellépő munkanélküliséggel és/vagy anyagi gondokkal, magasabb RSE-értékkel, valamint alacsonyabb MSPSS- és RDAS-értékekkel. Ebben a csoportban a párkapcsolat minősége (EH [esélyhányados] = 0,94, 95%-os megbízhatósági tartomány [MT] [0,89, 0,99], p = 0,31) jelentős védőfaktornak bizonyult a depresszió ellen. Ellenben a magasabb RSE-érték (EH = 1,76, 95% MT [1,03, 2,99], p = 0,038) az anyai depresszió jelentős kockázati tényezője volt. A korábban diagnosztizált mentális zavar ugyancsak növelte az anyai depresszió kialakulásának kockázatát (EH = 5,16, 95% MT [2,63, 1], p < 0,001).

A 1,5–4 éves gyermekkel rendelkező nők esetében az anyai depresszió pozitív kapcsolatban állt a mentális egészséggel, a foglalkoztatás elvesztésével, a pénzügyi problémák meglétével és a magasabb RSE-értékkel. Ebben a csoportban a depressziós tünetek jelenléte negatívan korrelált a háztartások jövedelmével, az MSPSS-értékével,

az RDAS összesített, valamint az elégedettség és kohéziós alszkálákkal értékével.

Azon vizsgálati alanyok esetében, akiknek gyermeke 5–8 éves korú volt, a mentális egészségi állapot (EH = 4,39, 95% MT [1,85, 10,44], p = 0,001) pozitív, a párkapcsolati minőség (EH = 0,90, 95% MT [0,85, 0,96], p = 0,001) pedig negatív kapcsolatban volt az anyai depresszió kialakulásának esélyével.

Az anyai szorongás

A teljes minta 32,6%-a (n = 465) klinikailag releváns mértékű szorongást mutatott (ez GAD-7 esetében 10 pont és afeletti, illetve PASS esetében 26 pont vagy afeletti vágóértéknek felelt meg).

Azon résztvevők, akiknek gyermeke 0–1,5 éves volt, a szorongás mértéke pozitívan korrelált a korábbi mentális egészséggel, anyagi megterheléssel, alacsonyabb iskolai végzettséggel, alacsonyabb jövedelemmel, az alacsonyabb MSPSS-értékkel, az RDAS összesített pontszámával és elégedettségi alszkálájával, valamint a magasabb RSE-értékkel.

A szorongás mértéke pozitív korrelációt mutatott a gyermekvállalást megelőző mentális egészségi állapottal, az RSE értékével, a járvány okozta munkanélküliséggel és a pénzügyi problémákkal mindazon nők esetében, akiknek gyermeke 1,5–4, illetve 5–8 éves volt. Az anyai szorongás mértéke negatívan korrelált az MSPSS-értékkel, valamint az RDAS összesített és elégedettség alszkálájának értékével.

A mentális egészség megóvásását, helyreállítását célzó szolgáltatások igénybevétele

A klinikailag releváns depressziót vagy szorongást mutató anyák 21,4%-a vett igénybe egyéni, 3,5%-uk pedig csoportterápiát. A résztvevők 30,9%-a az interneten keresett információkat, míg 22,1%-a telefonos alkalmazást használt. A szolgáltatások igénybevétele akadályai közé tartozott az időhiány (34,5%), a költségvonzat (17,9%). A válaszadók 15,2%-a nem hitte, hogy szüksége lenne segítségre, 11,6%-uk bizonytalan volt, illetve 5,3%-uk vélte úgy, hogy ezen szolgáltatások nem segítenének állapotukon.

MEGBESZÉLÉS

A szülés előtti és utáni depresszió, valamint az anyai szorongás előfordulási gyakoriságát a Covid-19-világjárvány előtt metaanalízisek 11,9%-ra [95% MT 11,4, 12,5] és 14,8–24,6%-ra [95% MT 13,6–28,0] becsülték. Jelen vizsgálatban a depresszió előfordulási aránya 33,16%, 42,55% és 43,37%, illetve az anyai szorongásé 36,27%, 32,62% és 29,59% volt azon nők körében, akiknek gyermeke 0–1,5, 1,5–4, illetve 5–8 éves volt

ERŐSSÉGEK ÉS KORLÁTOK

Tekintettel az anyák életkorára és az internethozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenségekre, az anyai szorongás és depresszió előfordulási gyakoriságának arányai alulbecsültek lehetnek, továbbá a koronavírus-korlátozások előtti adatok értékelése sem történt meg jelen vizsgálatban. Egy jövőbeni leíró longitudinális tanulmány további hasznos eredményekkel szolgálhat.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A szakmai közösségnek továbbra is kiemelt figyelemmel kell lennie a különösen veszélyeztetett populációkra a világjárvány alatt, akik korlátozott hozzáféréssel rendelkeznek a mentális egészség megóvását, helyreállítását célzó beavatkozásokhoz.

Információk a szerzőről:

Szmolár Mária, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, szmolar.maria@gmail.com

Cikkismertetés: Férfiak sajátosságaihoz illesztett, skót futballdrukkerek testtömegcsökkentő és egészséges életmódot ösztönző programja

Article review: Presentation of a gender-sensitised weight loss and healthy living promoting programme for Scottish football fans

Ismerető:	Barta Ildikó
Ismeretett cikk:	Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Anderson, A. S., Brady, A., Bunn, C., Donnan, P. T., Fenwick, E., Grieve, E., Leishman, J., Miller, E., Mutrie, N., Rauchhaus, P., White, A., & Treweek, S. (2014). A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): A pragmatic randomised controlled trial. <i>Lancet (London, England)</i> , 383(9924), 1211–1221. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62420-4
Kulcsszavak:	testtömegcsökkentés; egészséges életmód; férfias megközelítés; csapatsport; hatékony stratégia
Keywords:	weight loss; healthy living; gender-sensitised approach; team sport; effective strategy

Beküldve: 2021. 12. 01., doi: [10.24365/ef.v63i1.7707](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7707)**BEVEZETÉS**

Ugyan a férfiak körében egyre gyakoribb az elhízás előfordulása, részvételük mégis alacsony a testtömegcsökkentő programokban. Az elhízás egyre növekvő aránya komoly kihívást jelent a népegészségügy számára. 2030-ra várhatóan 11 millió elhízott felnőtt él majd az Egyesült Királyság területén, ami további mintegy 668 ezer főnél cukorbetegséggel, 461 ezer főnél szívbetegséggel és stroke-kal, 130 ezer főnél dagadtos megbetegedéssel, valamint akár 6,3 millió minőségi életév (*quality-adjusted life-year, QALY*) elvesztésével jár.

A kapcsolódó egészségügyi költségek pedig 2030-ra évi 1,9–2 milliárd fonttal növekednek. Skóciában több férfi (69%) túlsúlyos vagy elhízott, mint ahány nő (60%).

Bár az 5–10%-os testtömegcsökkenés jelentős egészségügyi előnyökkel járhat, a férfiak részvételük a nőkhöz képest jóval alacsonyabb a testtömegcsökkentő beavatkozásokkal kapcsolatos vizsgálatokban (a résztvevők mindössze 27%-a férfi), a súlykontroll-programokban (11–13%) és az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS) testtömegcsökkentő szolgáltatásaiban (23%), ami arra utal, hogy új megoldásokra van szükség a férfiak testtömegkezelésében.

Egyre több bizonyíték utal arra, hogy a férfiak részvételét elősegítik a megfelelő, sajátosságait figyelembe vevő testtömegkezelési beavatkozások. Bár a legújabb kutatások eredményei kimutatták, hogy a professzionális sportklubok, különösen a futballklubok eredményesen képesek bevonni a férfiakat az életmódváltásba, korábban nem számoltak be ezzel kapcsolatos ellenőrzött tanulmányról.

MÓDSZER

A „Focidrukkerek edzésben” (*Football Fans in Training, FFIT*) elnevezéssel súlycsökkentő és egészséges életmódot ösztönző programot hirdettek a skót professzionális futballklubok szurkolói számára, a Skót Premier League (SPL) védnöksége alatt, melynek megközelítésében, tartalmában és megvalósításában is figyelembe vették a férfiak sajátosságait.

A program megvalósítása

Az FFIT program a 2011–2012 szezon alatt zajlott profi skót futballklubok bevonásával, amelyhez a résztvevőket a klubokon belül véletlenszerűen választották ki.

A randomizált kontrollált vizsgálat 13 skót futballklub 747 drukkerének bevonásával zajlott. A résztvevők 35–65 év közöttiek voltak, és 28 kg/m² vagy a feletti testtömegindexszel (TTI) rendelkeztek. A résztvevők véletlenszerűen, klubonként kerültek beválasztásra egy edzők által vezetett 12 hetes testtömegcsökkentő programba.

Az intervenció csoport 3 héten belül elkezdte a testtömegcsökkentő programot, míg az összehasonlító (kontroll) csoport tagjait 12 hónapos várólistára helyezték.

A toborzás többféle módszerrel zajlott:

- klubokhoz kötődve (a klubok honlapján és a stadionokban helyeztek ki hirdetéseket, illetve a meccsek napján személyesen is toboroztak résztvevőket),
- médiakampány útján (újság- és rádióhirdetés) és
- más úton (email, személyes információ átadás).

A jelentkezők sms-ben, telefonon, vagy emailben jelentkezhetek a testtömegük, testmagasságuk és életkoruk megadásával. Azokat, akik megfelelő jelöltnek tűntek, személyesen is behívták a klub pályájára a hivatalos beválasztási eljárásra. A beválasztási kritériumok a következők voltak: 35–65 év, legalább 28 kg/m² TTI, a fizikai aktivitásra való hajlandóságról szóló kérdőív kitöltése, beleegyezés a testtömeg, a testmagasság és a haskörfogat mérésekbe, illetve az, hogy az illető korábban nem vett még részt a FFIT programon. A 28 feletti TTI mint beválasztási kritérium azért került meghatározásra, mert azt valószínűsítik, hogy ezen férfiak szeretnék leginkább testtömegüket csökkenteni. A testtömegcsökkentésből ez a csoport profitál legtöbbet, és a megvalósíthatósági tanulmány szerint a férfiak számára vonzóbb, ha olyanokkal lehetnek együtt, akik hasonló célokkal kezdenek fogyókúrába.

A kizárási kritériumok közül kiemelendő az intenzív testmozgást kizáró 160/100 Hgmm feletti vérnyomás érték. 140/90 Hgmm feletti vérnyomás esetén háziorvosi vizsgálatra szóló javaslatot kaptak a jelentkezők, majd ezután az edzőkkel közösen mérlegelték a programban való részvételüket.

Férfiak sajátosságaihoz illesztett elemek

A „férfias” szempontok érvényesítése az alábbi területeken és módszerekkel történt:

- megközelítés (a hagyományosan férfias futballklub biztosította környezet, csak férfiakból álló csoport),
- tartalom (a testtömegcsökkentés tudományos alapjai egyszerűen, érthetően bemutatva, az alkoholfogyasztás szerepének megjelenése a testtömeg menedzselésében, a klub jelképeinek / logóinak használata) és az
- átadás módja (támogató kortárs közegben, amely lehetővé teszi az érzékeny témák megvitatását is).

A program lebonyolítása

A programon való részvétel ingyenes volt. Az edzéseket a klubok által alkalmazott edzőcsapat tartotta, akiket a kutatók 2 napos képzés keretében készítettek fel. A foglalkozásokon 1–1 csoportban legfeljebb 30 elhízott vagy túlsúlyos résztvevő szerepelt (15:1 résztvevő-edző arányban). A program 12 héten keresztül zajlott a klubcsapatok pályáin. A 90 perces foglalkozások során a fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozással kapcsolatos tanácsadás elemeit kombinálták, amelyen belül az idő előrehaladtával — ahogy a férfiak egyre fittebbek lettek — nőtt a fizikai aktivitás aránya. Az edzőkkel a foglalkozásokat követően lehetőség volt személyes problémákat is megbeszélni. A résztvevőknek viselkedésváltozást segítő technikákat is tanítottak (pl. önellenőrzés, konkrét célok kitűzése, megvalósítási szándék, visszajelzés) és a társas támogatást is előtérbe helyezték.

A 12 hetes aktív szakaszt egy fenntartási (súlymegtartási) szakasz követte, amely során a résztvevők 9 hónapon keresztül e-mail üzeneteket kaptak, és egy csoportos összefoglaló is megrendezésre került a futballklubokban, 6 hónappal a foglalkozások vége után.

A méréseket (testtömeg, testmagasság, haskörfogat, nyugalmi vérnyomás, önbevalláson alapuló kérdőív a fizikai aktivitásról, étrendről, lelki egészségről, életminőségről) az induláskor, valamint 12 hét és 12 hó után végezték el.

EREDMÉNYEK

Az intervenció csoportból 333 fő (89%), a kontrollcsoportból 355 fő (95%) teljesítette a 12 hónapos értékelést. Az intervenció csoportban szignifikánsan nagyobb volt a testtömegcsök-

kenés: 12 hónap után 5,56 kg (95% megbízhatósági tartomány 95% [MT] 4,70–6,43) míg a kontrollcsoportban 0,58 kg (95% MT 0,04–1,12), a százalékos tömegcsökkenés 4,96% (95% MT 4,20–5,71), illetve 0,2% (95% MT 0,03–1,00) volt. A program résztvevőinek 78,9%-a vett részt legalább 6 alkalommal a foglalkozásokon a 12 hetes aktív szakaszban. Szignifikáns különbségeket regisztráltak a csoportok között az önbevallásos kérdőívben szereplő fizikai aktivitás, valamint a zsírdús és cukros ételek, gyümölcsök és zöldségek, valamint az alkohol fogyasztásában is.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány eredményei azt mutatták, hogy ebben a megközelítésben a férfiak is bevonhatók voltak a randomizált vizsgálatba, valamint, hogy a program pozitív hatással volt a tartós

testtömegcsökkentésre és az életmódváltásra, így a program hatékony stratégiát kínál a férfi elhízás elleni küzdelemben.

A program erősségeiként az alábbiak kerültek említésre:

- kevés kizárási kritériumot határoztak meg, hogy könnyebb legyen a programot általánosítani,
- a foglalkozások vezetéséhez elegendő volt egy rövid, két napos képzés,
- a férfiak széles rétegét elérte szocioökonómiai státuszuktól függetlenül,
- azon férfiakat érte el, akik körében magas a jövőbeli betegség kialakulásának kockázata, mégsem érdeklődtek az egészségfejlesztési programok iránt és
- megalapozta a további csapatsport alapú férfi egészségfejlesztési programok relevanciáját.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egészségfejlesztést végző szakemberek számára kihívást jelent a férfiak elérése a testtömegcsökkentő, egészséges életmódot ösztönző programokkal. Számos külföldi jó gyakorlat igazolja, hogy a hagyományosan férfias csapatsportokra építve növelhető a programokon való részvételük. A beavatkozások tervezésekor érdemes tekintettel lenni azon szempontokra, amelyek a férfiak számára vonzóvá tehetik a részvételt, ilyenek például az ismerős, férfias környezetben, hasonló jellemzőkkel bíró társak körében végzett, közösségi tevékenységen alapuló foglalkozások. Mind a megszólításban, mind a foglalkozások tartalmában, vagy akár az edukációs anyagok megjelenésében is érdemes férfias elemeket használni, hogy ezek minél jobban illeszkedjenek a célcsoporthoz. Az egészségfejlesztési irodák szakemberei számára különösen hasznos lenne, ha ezen jó gyakorlatok alapján olyan — a mindennapi munkában használható — ajánlások kerülnének megfogalmazásra, amelyekre a férfiakat célzó egészségfejlesztő programjaik tervezésekor és megvalósításakor építhetnének. Azt is érdemes kihangsúlyozni, hogy a TTI az újabb tudományos elvek alapján önmagában kevésbé alkalmas a túlsúly és az elhízás fokának meghatározására, illetve a fogyás mértékének meghatározására, mivel a testösszetétel, vagyis az izom és a zsír aránya is meghatározó ebben. Ezért fontos a kiegészítő haskörfogatmérés is a hasonló életmódváltó programok esetén.

Információk a szerzőről:

Barta Ildikó, Sellyei Egészségfejlesztési Iroda (Ormánság Egészségközpont), Sellye,
ildiko.bartadr@gmail.com

Cikkismertetés: Milyen gyakori a depresszió előfordulása Európában és vannak-e földrajzi különbségek?

Article review: How common is depression in Europe and are there any geographical differences?

Ismertető:	Pozsgai Éva
Ismertetett cikk:	Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Peters, M., Valderas, J. M., Dregan, A., & Alonso, J. (2021). Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. <i>The Lancet. Public health</i> , 6(10), e729–e738. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00047-5
Kulcsszavak:	depressziós zavar; prevalencia; európai országok; variabilitás
Keywords:	depressive disorder; prevalence; European countries; variability

Beküldve: 2021. 12. 01., doi: [10.24365/ef.v63i1.7709](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7709)

HÁTTÉR

A depresszió a rokkantság egyik fő oka, mely megnöveli a korai halálozás kockázatát, csökkenti az életminőséget és mindeközben nagy terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre.

A korábbi vizsgálatok eredménye szerint, a depresszió prevalenciája (előfordulási gyakorisága) 5–10%-ra tehető Európában. A depresszió kialakulásában számos tényező játszik szerepet, beleértve demográfiai, szociális és gazdasági tényezőket.

A depressziós zavar előfordulásának pontosabb meghatározása céljából lényegesek lehetnek azok a vizsgálatok, melyek részletesen elemzik az egyes országok közötti, illetve az országon belüli különbségeket. A vizsgálat célja az volt, hogy megállapítsa az aktuális depressziós zavar prevalenciáját 27 európai országban, valamint elemezze a különbségeket az egyes országok között.

MÓDSZER

Ez az első olyan tanulmány, amely az általános népességre vonatkozó elsődleges reprezentatív adatok alapján vizsgálta az aktuális depressziós zavarok gyakoriságát az európai országokban. A kutatók a 27 európai ország egészség felmérését célzó Európai Lakossági Egészségfelmérés (*European Health Interview Survey*) második

körében válaszolók adatainak népeségalapú vizsgálatát végezték, mely felmérés 2013–2015 között zajlott. A súlyos depressziós zavar előfordulását a PHQ Szomatikus Tünetlista-8 (*Patient Health Questionnaire-8*, PHQ-8) segítségével határozták meg. A kutatók a 10 vagy afeletti PHQ-8-érték felett tekintették depressziós zavarnak az egyén állapotát.

EREDMÉNYEK

A kutatók 117 310 férfi és 141 578 nő, azaz összesen 258 888 résztvevő válaszát értékelték. A vizsgálat eredménye azt mutatta, hogy az aktuális depressziós zavar előfordulási gyakorisága a vizsgált európai országokban 6,38% volt, viszont jelentős különbségek figyelhetők meg az egyes országok között. A legalacsonyabb prevalenciát, 2,58%-ot Csehországban mérték, míg a legmagasabbat, 10,33%-ot, Izlandon találták. A vizsgált területeken a nőknél magasabb volt a depresszió gyakorisága (7,74%), mint a férfiaknál (4,89%).

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredmények arra utalnak, hogy bár a depressziós zavarok előfordulása viszonylag gyakori Európában, jelentős különbségek figyelhetők meg az egyes országok között. Meglepő módon,

egyres gazdaságilag fejlettebb országokban, például Németországban vagy Izlandon lényegesen gyakoribb a zavar előfordulása, mint az alacsonyabb gazdasági fejlettséggel rendelkező Csehországban vagy Szlovákiában. Ez az átfogó

elemzés kiindulópontként szolgálhat a depressziós zavarok további vizsgálatához, valamint a megelőzést és szűrést érintő intézkedések további nyomon követéséhez.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A vizsgálat eredményei szerint, a depressziós zavar előfordulása a közép-európai országokban kevésbé gyakori, mint a nyugat-európai országokban. A közép-európai régióban Magyarországon mérték a legmagasabb prevalenciáját (7,98%), ami azt jelenti, hogy a betegség háromszor gyakrabban fordul elő hazánkban, mint például a szomszédos Szlovákiában. A depressziós zavar gyakoriságának női túlsúlya hazánkban is megfigyelhető. A közzétett adatok felhívják a figyelmet arra, hogy az összesített európai értéknél magasabb hazánkban a depressziós zavarok gyakorisága, ezért kiemelkedően fontos szerepe van a primer prevenciónak és a páciensek időben történő kiszűrésének.

Információk a szerzőről:

Pozsgai Éva, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs, pozsgay83@gmail.com

Cikkismertetés: Állami gondozott és nevelőszülőknél élő fiatal felnőttek rezilienciája az önállósodás időszakában

Article review: Resilience of young adults in state care and living with foster parents during the period of self-sufficiency

Ismertető:	Kompos Kornél
Ismertetett cikk:	Daining, C. & DePanfilis. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. <i>Children and Youth Services Review</i> , 29(9), 1158–1178 doi: 10.1016/j.childyouth.2007.04.006
Kulcsszavak:	reziliencia; gyermekotthon; fiatal felnőtt; felnőttkor; önállósodás
Keywords:	resilience; foster care; young adult; adulthood; independent living

Beküldve: 2021. 12. 03., doi: [10.24365/ef.v63i1.7718](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7718)

BEVEZETÉS

Az Amerikai Egyesült Államokban 2004-ben 870 000 bántalmazott gyermeket tartottak nyilván, akiknek 62%-a volt elhanyagolt, 18%-a esett át fizikai és 10%-a szexuális bántalmazáson. Ezen kívül 7%-uk volt pszichésen és 2%-uk az orvosi ellátás tekintetében elhanyagolt. Nagyjából félmillió gyerek került azért gondozásba, mert bántalmazták vagy elhanyagolták. 283 000 fő került ki ugyanebben az évben a rendszerből, mely létszám 22%-a volt 16 éves vagy annál idősebb (62 556 fő). Egyre több jel mutat arra, hogy az állami gondozást megtapasztaló gyermekek esetében nagyobb annak a kockázata, hogy hajléktalanná válnak, pszichiátriai betegségben lesznek érintettek vagy bűnözők lesznek. Az Amerikai Egyesült Államok lakosságának mindössze 14%-a afroamerikai, ám az állami gondozott gyermekek 34%-a kerül ki ebből az etnikai csoportból. Elmondható azonban, hogy országosan nincs különbség az etnikai csoportok között a bántalmazott vagy elhanyagolt gyermekek arányában, így az afroamerikai származású gyermekek ilyen magas aránya a rendszerben azt jelzi, hogy a gyermekjóléti rendszer másként kezeli őket. A 2011-es népszámlálási adatok szerint 11,7 millió 18 év alatti gyermek (16%) élt a jövedelmi szegénységi küszöb alatt. A gyermekkori szegénység összefüggésben áll az alacsonyabb iskolázottsággal, valamint a kedvezőtlenebb felnőttkori munkaerőpiaci esélyekkel. Jellemzőkben az állami gondozásból kikerülő fiatalok

sokkal jobban hasonlítanak a szegénységi küszöb alatt élő 18-24 éves fiatalokra, mint az átlagpopulációban élő társaikra. Mivel kevés adat áll rendelkezésre arról, hogy mely faktorok vezetnek pozitív kimenetelhez, jelen tanulmány két kérdés megválaszolására fókuszált:

(1) Milyen fokú rezilienciát mutatnak a fiatalok a következő hat működési területen: tanulmányi eredmények, munkaerőpiaci tapasztalatok, korai szülővé válás, hajléktalanság, egészségkockázati magatartás és bűnügyi tevékenység.

(2) A személyes és interperszonális faktorok (nem, stressz észlelt szintje, spirituális támogatás, a közösségi támogatás észlelése) mutatnak-e kapcsolatot a reziliencia szintjével?

VIZSGÁLAT MÓDSZERTAN

A cikkben ismertetett kutatás másodelemzés segítségével vizsgálta a volt állami gondozott fiatalok rezilienciáját. A reziliencia következő definícióját alkalmazták: a nehéz körülmények ellenére bekövetkező egészséges alkalmazkodásra jellemző fejlődési folyamat.

MINTA

Az eredeti vizsgálati mintában eredetileg 189 fő, 18 éves vagy annál idősebb fiatal felnőtt szerepelt, akik 1999. október 1. és 2000. szeptember 30. között hagyták el az ellátórendszert, és nem

is kerültek vissza. A mintába beválogatott néhány személy kiesése miatt (elérhetetlen volt, megtagadta a válaszadást, kórházi kezelés alatt állt, börtönbüntetését töltötte), végül 103 fő vizsgálati személy vett részt az interjún, akik közül 3 főt kizártak értelmi sérültségük okán. A mintába került személyek 66%-a nő és 91%-a afroamerikai volt.

ADATGYŰJTÉS

Az eredeti adatgyűjtéshez 2002. április 1. és 2003. február 28. között, számítógéppel segített önkitöltős interjú került kifejlesztésre az átmeneti fázisban lévő fiatalok vizsgálatára. Az adatgyűjtés a következőkre terjedt ki: (1) következményváltozók: tanulmányi eredmények, munkaerőpiaci tapasztalatok, korai szülővé válás, hajléktalanság, egészségkockázati magatartás, és bűnügyi tevékenység; (2) magyarázó változók: a társas támogatás észlelt szintje, spiritualitás, a közösségi támogatás észlelése, és stresszes életesemények. A statisztikai másodelemzés a fenti függő és független változókat használta fel.

MÉRÉS

A vizsgálat függő változója a reziliencia összetett pontszám volt (*resilience composite score, RCS*), amely 6 eredmény változó értékeit összegezte: tanulmányok, munkaerőpiaci tapasztalatok, a korai szülővé válás elkerülése, hajléktalanság, droghasználat és bűnözés. Mindegyik változó ugyanolyan súllyal szerepelt az összetett pontszámokban. Mindegyik változó értéke 0 és 2 pont közé eshetett, így az összetett pontszám értéke 0-12 pontig terjedt. A vizsgálat független változóit a támogatás és a stressz voltak. A támogatás a családi, kortárs és spirituális támogatásból tevődött össze. Ennek mérésére a 45 tételes Társas Támogató Magatartás Skála (*Social Support Behaviours Scale, SSBS*) és a 30 tételes Átdolgozott Spirituális Élmény Index (*Revised Spiritual Experience Index, RSEI*) került felhasználásra. A stressz, a stresszes életesemények észlelt szintjét fedte le, amihez a 10 tételes Észlelt Stressz Skálát (*Perceived Stress Scale, PSS-10*) alkalmazták a kutatók. Az adatelemzéshez egyváltozós és többváltozós elemzési módszert alkalmaztak.

EREDMÉNYEK

A teljes mintában a nők nagyobb valószínűséggel értek el magasabb rezilienciaértéket, mint a férfiak. Az ellátórendszerből történő kikerülési életkor pozitív kapcsolatban állt a rezilienciával, vagyis azok, akik idősebben kerültek ki a rendszerből magasabb rezilienciát mutattak, mint akik fiatalabban távoztak. Negatív kapcsolat mutatkozott az észlelt stressz és a reziliencia között, azaz a magasabb reziliencia alacsonyabb észlelt stresszszinttel járt együtt. Azok a fiatalok, akik magasabb szintű társas támogatásban részesültek barátaik és családjuk részéről, valamint akik esetében nagyobb volt a spirituális támogatottság, magasabb rezilienciáról tettek tanúbizonyságot. Hasonló eredmények születtek az afroamerikai almintában is, azzal a kivétellel, hogy a nem és a spirituális támogatási faktorok hatása nem volt szignifikáns.

MEGBESZÉLÉS

Összességében elmondhatjuk, hogy a mintában szereplő vizsgálati személyek jelentős hányada szignifikánsan mérhető rezilienciát mutatott a legtöbb vizsgált területen, ami egy kifejezetten fontos eredmény, tekintettel arra, hogy egy általánosan sérülékeny csoportról beszélünk. Ezt szociokulturális és etnikai környezetben is érdemes értelmezni, ugyanis a mintában szereplők túlnyomó része bántalmazó, elhanyagoló családi környezetből jött, valamint főleg afroamerikai származásúak voltak. Jelentős eredmény továbbá, hogy a nemi hovatartozás és az életkor (női nem, magasabb életkor), valamint a stresszre adott megküzdési módok stílusa is meghatározza az ellenállóképesség mértékét. A szerzők szerint a vizsgálatban a keresztmetszeti kialakítás nem teszi lehetővé, hogy a vizsgálatból ok-okozati összefüggéseket lehessen levonni. Ezenkívül a reziliencia, mint fejlődési folyamat, az időváltozó függvényében tanulmányozható a leghatékonyabban. A szerzőpáros megjegyzi továbbá, hogy a kimenetek és a faktorok közötti kapcsolat pontosabb vizsgálatához indokolt a jövőben egy komolyabb longitudinális vizsgálat. A mérőeszközök pontossága elengedhetetlen volt az eredmények helyes értelmezésében, és a vizsgálat egyik nagy erőssége, hogy önkitöltős interjút alkalmazott a személyes interjú helyett, ezzel kiszűrve a vizsgálati személyek megfelelési torzítását.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk eredményei alapján elmondhatjuk, hogy a hazai gyermekgondozásban dolgozó szakembereknek érdemes lehet ezt a két alapelvet figyelembe venni munkájuk során:

- (1) Minél inkább felkészítik a fiatal felnőtteket a külvilágból érkező stressz adaptív feldolgozására, és minél tovább foglalkoznak velük intézeti keretek között, annál valószínűbb, hogy védve lesznek azoktól az életkori és élethelyzeti sajátosságoktól, amelyek jellemzik ezt az életszakaszt.
- (2) A megtartó szociális kapcsolatok erősítése, elősegítése, a másik emberrel való egészséges kapcsolódás előmozdítása szintén kritikus fontosságú a rendszerből kilépő fiatal felnőttek sikeres életviteléhez.

Információk a szerzőről:

Kompos Kornél, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, lastwanderer90@gmail.com

Cikkismertetés: Mit tehet a gazdaság a mentális egészségért?

Article review: What has economics got to do with it?

Ismertető:	Lanku Máté
Ismertetett cikk:	Macintyre, A., Ferris, D., Gonçalves, B., & Quinn, N. (2018). What has economics got to do with it? The impact of socioeconomic factors on mental health and the case for collective action. <i>Palgrave Communications</i> , 4(1), 10. doi: 10.1057/s41599-018-0063-2
Kulcsszavak:	mentális egészség; társadalmi helyzet; kollektív cselekvés
Keywords:	mental health; socioeconomic factors; collective action

Beküldve: 2021. 12. 08., doi: [10.24365/ef.v63i1.7734](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7734)**A TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZET HATÁSA A MENTÁLIS EGÉSZSÉGRE**

Egyre több tanulmány hívja fel a figyelmet a növekvő társadalmi egyenlőtlenség és a mentális zavarok kapcsolatára. A társadalom szélére került csoportok tagjai a legsebezhetőbbek, számukra mindennapos élményük lehet a kirekesztés és a diszkrimináció. Elmondható, hogy minél szélsőségesebbek ezek a társadalmi különbségek, annál nagyobb a mentális zavarok előfordulása az adott lakosságon belül. Az elmúlt évtizedek tanulsága az, hogy a mentális betegségek egészségügyi ellátása mellett a kezelés egyik első lépésének a társadalmi különbségek mérséklésének kellene lennie.

LEGFRISSEB KUTATÁSI EREDMÉNYEK ÁTTEKINTÉSE

A tudományos közösség egyre nagyobb figyelmet fordít arra, hogy megértsék, milyen kapcsolat mutatkozik a társadalmi-gazdasági helyzet meghatározói és a mentális egészség között. Részterületeket tekintve több tanulmány is rámutat ezekre az összefüggésekre. Minél nagyobb az egyenlőtlenség egy adott társadalmon belül, annál magasabb a szkizofrénia előfordulása, továbbá az is elmondható, hogy a hátrányos helyzetű térségekben nagyobb az öngyilkosság előfordulásának kockázata.

Természetesen nem hanyagolhatóak el azok a tényezők sem, amelyek az egyenlőtlenség kialakulásához vezetnek. Ebben a tekintetben kiemelten fontos az oktatási és a foglalkoztatási szféra, amelyek összességében az egyéni karrierlehetőségeket kínálják. Aktív párbeszéd folyik tudományos körökben azt illetően, miként lehetne növelni a társadalmi egyenlőség mértékét és hogyan lehetne befolyásolni azokat a gazdasági tényezőket, amelyek növelni tudják az általános szellemi jóllétet. Már önmagában az alacsony társadalmi osztályba tartozás is, megnöveli az egyén élettartama alatt előforduló mentális zavar esélyét. Mindezen tényezők ellenére a pszichiátriai és pszichológiai szakirodalomban alulreprezentált a mentális egészséget befolyásoló, társadalmi-gazdasági helyzetre fókuszáló vizsgálatok száma.

A MEGVALÓSÍTÁS FELÉ HALADVA: SZAKPOLITIKA, KÖZÖSSÉGEK ÉS GYAKORLAT

A bizonyítás önmagában azonban nem elégséges. Szükség lesz olyan politikai és gazdasági intézkedésekre, amelyek a társadalom mentális egészségének javítását célozzák. Ennek előmozdítására született meg 2014-ben az Egészségügyi Világszövetség (*World Health Organization, WHO*) A mentális egészség társadalmi meghatározói (*Social determinants of mental health*)¹ című nyilatkozata, amely a nemzetközileg is

¹ A fenti nyilatkozat korábban már ismertetésre került folyóiratunkban: Szudi Alma. (2021). Cikkismertetés: A mentális egészség társadalmi meghatározói. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 61–62. doi: [10.24365/ef.v62i1.671](https://doi.org/10.24365/ef.v62i1.671)

kiemelten fontos kérdések körébe emelte a mentális egészséget befolyásoló társadalmi tényezőket. Egyre több feltételezés nyer bizonyosságot, miszerint a politikai döntéseknek komoly hatása van az egyének mentális egészségére. Pozitív hatást mutatnak a szociális védőháló megerősítését célzó intézkedések, a minimálbér bevezetését és munkanélküliség csökkentését magukba foglaló rendelkezések.

Az Amerikai Egyesült Államokban működő „közösségi iskolák” (*community schools*) modell például lehetővé teszi az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű gyermekek számára, hogy a különböző egészségügyi szolgáltatásokat közvetlenül az oktatási intézményrendszeren keresztül vehessék igénybe.

AZ EGYETLEN IRÁNY FELFELÉ VEZET: A MEGVALÓSÍTHATÓSÁG KORLÁTJAI

Fontos megkülönböztetni a társadalmi szintű befolyásoló tényezőket, mint például a lakhatási és munkavállalási lehetőségeket, az alapvető társadalmi struktúrát, illetve azokat az egyéni rizikófaktorokat, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egyéb biológiai kockázati tényezők, amelyek mind hatással vannak a mentális egészségre. Amikor a mentális egészségi állapotot vizsgáljuk, nem elégséges csupán magát a tüneteket szemügyre venni, hanem látnunk kell a kiváltó ok háttérében álló szélesebb perspektívát. Ezért nagyobb hangsúlyt kell fektetni a különbségeket előidéző gazdasági és politikai kontextusra. A mentális egészség fejlesztésekor nem elégséges az egyéni rizikófaktorok kezelése, azt a környezetet, amiben az egyén él, szintén tudatosan fejleszteni kell. Kizárólag az egész társadalmat érintő politikai döntésekkel lehet küzdeni a társadalmi egyenlőtlenségek és az igazságtalan bánásmód ellen.

A jelenleg az orvoslásban és a mentális egészség megőrzésében uralkodó biomedikális modell, egyértelműen az egyénre helyezi a hangsúlyt. Ez az individuális modell hajlamos figyelmen kívül hagyni azokat a befolyásoló tényezőket, amelyek a rossz társadalmi-gazdasági helyzetből fakadnak.

Továbbá nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a mentális problémákat illetően jelenleg milyen erőforrásokkal rendelkezik az egészségügyi ellátórendszer. A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (*Organization for Economic Co-operation and Development, OECD*) országaiban például, az egyre növekvő igényeket nem képes ellátni a jelenlegi kapacitás. Kulcsfontosságú az a párbeszéd, amelyben az egyéni szempontok figyelembevétele mellett nagyobb hangsúly kerül a makroproblémák kezelésére is, hiszen így csökkenhet a medikalizált esetek száma.

KÖVETKEZTETÉSEK: KOLLEKTÍV CSELEKVÉS

Egyre nagyobb igény mutatkozik, hogy átfogó intézkedések szülessenek a mentális egészségfejlesztés területén. A kibontakozó interdiszciplináris és interszektoriális szemléletmód célja a meglévő társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek csökkentése. Számos kutatás készül az elméleti alapok lefektetésének érdekében. Azonban a probléma diagnosztizálása nem elegendő, határozott fellépésre van szükség az egyenlő lehetőségek megteremtése érdekében.

A biomedikális szemléletet meghaladva, olyan területeken kell fejlesztéseket eszközölni, amelyek csökkentik a lakossági csoportok közötti társadalmi különbségeket. Ilyen intézkedések lehetnek az adóterhek mérséklése, a szociális védőháló megerősítése, a lakhatási és munkavállalási problémák orvoslása. Mindezekhez olyan szemléletre van szükség, ami nem kizárólagosan a gazdasági növekedést helyezi előtérbe, hanem a kollektív jólét megteremtését.

A lakosság mentális egészsége szorosan összefügg a társadalmi-gazdasági helyzettel. A modern társadalmak romló mentális állapota jól mutatja a cselekvés szükségességét. A szerzők szerint nem engedhető meg, hogy a gazdasági növekedés ára a növekvő társadalmi egyenlőtlenség legyen.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány elsősorban az Amerikai Egyesült Államok és az Európai Unió országait vizsgálta. Mindemellett a felvetett problémák és szemléletmód a magyar társadalom egészségügyi helyzetét nézve is kiemelten fontos. Érdeemes lenne megvizsgálni, milyen társadalmi-gazdasági hatások befolyásolják specifikusan a hazai lakosság mentális állapotát. Tudatosítanunk kell azonban, hogy a diagnózis megalkotása csupán az első lépés. Célzott egészségügyi és gazdasági intézkedések szükségesek, hogy képesek legyünk ezen ösztársadalmi probléma megoldására.

Információk a szerzőről:

Lanku Máté, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, lankumate@gmail.com

Cikkismertetés: A közösségi média hatása és a főiskolai hallgatók mentális egészsége közötti kapcsolat vizsgálata a Covid-19-járvány idején

Article review: The relationship between college students' mental health and social media exposure during the COVID-19 outbreak

Ismertető:	Müller Rebeka Dalma
Ismertetett cikk:	Hong, W., Liu, R.-D., Ding, Y., Fu, X., Zhen, R., & Sheng, X. (2021). Social media exposure and college students' mental health during the outbreak of COVID-19: The mediating role of rumination and the moderating role of mindfulness. <i>Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking</i> , 24(4), 282–287. doi: 10.1089/cyber.2020.0387
Kulcsszavak:	közösségi média; rumináció; tudatos jelenlét; Covid-19; pszichológiai distressz
Keywords:	social media; rumination; mindfulness; COVID-19; psychological distress

Beküldve: 2021. 12. 09., doi: [10.24365/ef.v63i1.7779](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7779)

BEVEZETÉS

Először 2019. december végén jelentették a Covid-19 betegséget Vuhanban, ami gyorsan szétterjedt egész Kínában. A Vuhanban élők feltételezhetően elsőként tapasztalhatták meg a járvány hatását, és az ahhoz kapcsolódó stresszt. Később az egész világban beszámoltak a mentális zavarok, mint a szorongás és a depresszió növekedéséről. Mivel Vuhan volt a világgjárvány központja, illetve a közösségi média aktív felhasználói többnyire a fiatalok közül kerülnek ki, ezért a tanulmány a vuhani fiatalokra fókuszált. Azt vizsgálta, hogy milyen kapcsolat van a közösségimédia-expozíció, a Covid-19-ről szóló információk és a pszichológiai distressz (káros stressz) között, továbbá elemezték a rumináció (problémákon való rágódás) közvetítő szerepét és a tudatos jelenlét mérséklő hatását ebben a folyamatban. A rumináció a stressz negatív kognitív érzelmi hatásait erősítő faktorként, míg a tudatos jelenlét, a stresszes események után fellépő pszichés tünetekkel szembeni védőfaktorak tekinthető.

A KÖZÖSSÉGIMÉDIA-EXPOZÍCIÓ ÉS A MENTÁLIS EGÉSZSÉG

A közösségi média és a pszichológiai distressz

Az egészséghiedelem modell szerint az egészséggel kapcsolatos információk olyan jelzésekkel

szolgálnak, amelyek befolyásolják, hogy az egyén miként észleli az egészségét fenyegető veszélyeket. Az egyének a közösségi médiában találhatnak információkat a Covid-19-járvánnyal kapcsolatban (például az igazolt esetek és halálozási ráta), amik erősítik a pandémia egészségügyi veszélyként történő értékelését és így fokozhatják a szorongás és a depresszió tüneteit. Amikor a közösségi médiában az emberek hangot adnak érzelmi distresszüknek, akkor érzéseiket tudatosan vagy tudattalanul átadhatják másoknak. Ez azt eredményezheti, hogy a közösségi médián keresztül a negatív érzelmi állapotok a világgjárvány idején felerősödhetnek és többen számolhatnak be szorongásos, valamint depressziós tünetekről. Így igazolást nyert a vizsgálat első hipotézise, hogy a gyakori közösségimédia-expozíció pozitív összefüggést mutat a pszichológiai distresszrel.

A rumináció, mint potenciális mediátor

A rumináció, az egyénre jellemző distressz kapcsán fellépő ismétlődő és passzív gondolkodási mód magáról az egyénről és tapasztalatairól. Feltételezik, hogy a rumináció közvetítő szerepet játszik a negatív eseményekkel kapcsolatos tapasztalatok és a mentális egészség között. A közösségi médiában található Covid-19-járványról szóló információk olyan kognitív folyamatokat aktíválhatnak, amelyek a világgjárvánnyal kapcsolatos ruminációhoz vezethetnek. A ruminációt a pszichológiai distressz magas kockázati tényezőjeként azonosították.

A Covid-19-járványhoz kapcsolódó ruminációs gondolatok hatására az egyének még jobban elmerülnek ebben a stresszel teli helyzetben, ami tovább fokozza pszichés tüneteiket.

A második hipotézis szerint a rumináció mediátora a közösségimédia-expozíciónak és a pszichológiai distressz közötti kapcsolatnak.

A tudatos jelenlét, mint lehetséges moderátor

A tudatos jelenlét jellemzője az „itt és most” érzésében való létezés, ítélkezésmentesen és elfogadóan. Korábbi kutatások szerint a tudatos jelenlét enyhítheti a mindennapi stresszorok ruminációra gyakorolt hatását, és tompíthatja az észlelt stressz pszichológiai tünetekre gyakorolt befolyását. A Covid-19-járványhoz kapcsolódó médiában megjelenő hírek esetében, a magasabb tudatos jelenléti szinttel rendelkezők könnyebben elhatárolódhatnak a negatív eseményektől. A vilájjárvánnyal kapcsolatos ruminációs gondolatok ezért csökkenhetnek és az egyének viszonylag alacsonyabb szintű szorongást, depressziót élhetnek át.

A harmadik hipotézis szerint a tudatos jelenlét csökkenti a közösségimédia-expozíció és a rumináció közötti kapcsolatot, valamint a rumináció közvetítő hatását. A tudatos jelenléti szint növekedésével a közösségimédia-expozíció ruminációra és pszichológiai distresszre gyakorolt hatása gyengül.

MÓDSZERTAN

Résztvevők

A kutatásba 439 főiskolai hallgató került be a Hubei tartománybeli Vuhan két egyeteméről. A vizsgálat 2020. március 14–18. közötti időszakban, online kérdőív formájában zajlott. A résztvevők egy része nem Vuhanban tartózkodott, de feltételezhetően magasabb érzelmi érintettséggel figyelték a közösségi médiában a járványra vonatkozó információkat, mivel később vissza kellett térniük Vuhanba, tanulmányaik folytatása miatt. A tanulók közül 184 férfi és 255 nő volt, életkoruk 16 és 26 év között változott.

Vizsgálati eszközök

A közösségimédia-expozíciót a Közösségimédia-Expozíció Kérdőívvel (*Social Media Exposure Questionnaire*) mérték, amely egy 6 tételből álló, 5 fokozatú Likert-skálát alkalmazó önkitöltős kérdőív. A résztvevőket arra kérték, hogy ítélik meg, milyen mértékben voltak kitéve a Covid-19-járványról szóló híreknek vagy információknak a hat leggyakrabban használt kínai közösségi média platformon: WeChat, QQ, Sina Weibo, TikTok, Zhihu és Baidu Tieba.

A tudatos jelenlétet a Gyermek és Serdülő Tudatos Jelenlét Skála (*Child and Adolescent Mindfulness Measure*) kínai változatával mérték. A skála 10 tételt tartalmaz, melyeket 5 fokozatú Likert-skálán kell megválaszolni.

A ruminációt az Eseményhez Kapcsolódó Rumináció Leltárral mérték. A „természeti katasztrófák” kifejezést „Covid-19”-re módosították a kérdőívben. A skála 10 tételből áll és 4 pontos Likert-skálát használ a válaszadáshoz.

A pszichológiai distresszt a Kessler Pszichológiai Distressz Skála (*Kessler Psychological Distress Scale*) alapján mérték. A kérdőív 10 tételt tartalmaz, melyek megválaszolásához 5 fokozatú Likert-skálát használ.

EREDMÉNYEK

Az eredmények azt mutatták, hogy a közösségimédia-expozíció közvetetten kapcsolatban áll a pszichológiai distresszrel a rumináció hatásán keresztül. A pandémia alatt a Covid-19-járványra vonatkozó információk expozíciója stresszorként hat, ami aktiválhat olyan kognitív folyamatokat, amelyek a ruminációs gondolatok növekedését eredményezhetik. Tehát a vilájjárványhoz kapcsolódó gyakori közösségimédia-expozíció összefüggésben van a nagyobb mértékű ruminációval. A vilájjárványon rágódó főiskolai hallgatók nagyobb valószínűséggel rendelkeznek olyan negatív kogníciókkal, amelyek szorongásos és depressziós tünetekhez vezethetnek.

Az alacsony tudatos jelenléti szintről beszámoló főiskolai hallgatóknál a közösségimédia-expozíció pozitív összefüggést mutatott a ruminációval, míg a magas szintű tudatos jelenlétről beszámoló diákok esetében nem találtak szignifikáns kapcsolatot. A kutatás szerzői felhívták a figyelmet arra, hogy a tanulmány összes korlátozottságát figyelembe kell venni az eredmények értelmezésekor.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A közösségimédia-expozíció kapcsolatban áll a ruminációval, ami pedig hatással van a pszichológiai distresszre. A pandémia alatt a Covid-19-járvány információinak való kitettség stresszorként hat és aktiválhat olyan kognitív folyamatokat, amelyek a ruminációs gondolatok megnövekedését eredményezhetik. Ezek a tényezők a vizsgálat alapján, nagyban hozzájárulhatnak a szorongásos és depressziós tünetek megemelkedéséhez. A tudatos jelenlét — különösen a mediáció első szakaszában — képes mérsékelni a közösségimédia-expozíció és a rumináció közötti kapcsolatot. A magasabb szintű tudatos jelenlét gyakorlása és oktatása hatékony intervenció lehetőség lehetne a főiskolai hallgatók mentális egészségének fejlesztésére.

Információk a szerzőről:

Müller Rebeka Dalma, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, mullerebeka@gmail.com

Cikkismertetés: A fenyegetettség és a lezárások pszichológiai hatása a Covid-19-világjárvány idején

Article review: The psychological impact of threat and lockdowns during the COVID-19 pandemic

Ismertető:	Lichtmesz Magdolna
Ismertetett cikk:	van Mulukom, V., Muzzulini, B., Rutjens, B. T., van Lissa, C. J., & Farias, M. (2021). The psychological impact of threat and lockdowns during the COVID-19 pandemic: Exacerbating factors and mitigating actions. <i>Translational Behavioral Medicine</i> 11(7), 1318–1329. doi: 10.1093/tbm/ibab072
Kulcsszavak:	Covid-19; mentális egészség; karantén; társadalmi izoláció
Keywords:	COVID-19; mental health; quarantine; social isolation

Beküldve: 2021. 12. 14., doi: [10.24365/ef.v63i1.7811](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7811)

BEVEZETÉS

2020. március 11-én a Covid-19-járványt világjárványnak nyilvánította az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization*). Hirtelen emberek milliárdjai kerültek szembe a megfertőződés veszélyével, a munkahelyi és pénzügyi bizonytalansággal, valamint a társadalmi izolációval az állami intézkedések következményeként. Hogyan befolyásolja ez a kombináció a mentális egészséget és milyen tényezők enyhíthetik a negatív hatásokat a járvány ideje alatt? Ennek megválaszolását tűzte ki célul e kutatás, mely során elsősorban a következő pszichológiai tényezőket vizsgálták: szorongás, depresszió és észlelt fenyegetettség.

A hipotézisek vizsgálatához két modellt állítottak fel:

1. veszély, lezárás, és mentális egészség modell és
2. kontroll előzmény modell.

Az 1. modell alapján azt feltételezték, hogy a személyes veszélyeztetettség a megfertőződés kockázatával, ezen túl pedig a környezet fertőzöttségével áll majd összefüggésben, az anyagi helyzet pedig negatív befolyással lesz rá. Azt is előre jelezték, hogy a társas kapcsolódás mértéke az egyén szociális interakciónak számától, illetve a kontroll érzése az irányítás visszaszerzésére irányuló (egyéni vagy állami szintű)

cselekvésektől függ majd. Feltételezték, hogy a karanténban töltött napok hatványozott hatással bírnak majd a társas kapcsolódásra és a kontroll érzésére.

A 2. modell szerint a kontroll érzését a fertőzés elkerülésére irányuló viselkedések gyakorisága, a közelállókval való kommunikáció és egyéb megküzdési stratégiák jellemzik. Ezen kívül a kontroll érzését az új információkhoz való hozzájutás és az ezekben vetett bizalom is befolyásolja. Az egyén által észlelt kontrollt a kormányzati intézkedések, valamint az ezekben vetett bizalom is meghatározza.

MÓDSZER

Az adatokat 2020. március 28. és április 24. között gyűjtötték egy online oldal, a Qualtrics segítségével nemzetközi Covid-19-csoportokban két közösségi oldalon, a Facebookon és a Redditen. A kutatásban 8 236-an vettek részt: 3 245 férfi, 4 888 nő és 91 egyéb nemű személy. A válaszok 79 különböző országból érkeztek. A demográfiai adatok megválaszolása után a résztvevők a környezetükben előforduló Covid-19-fertőzöttekről és a karanténban tartózkodás idejéről, valamint a hatósági intézkedésekről, a védőfelszerelések elérhetőségéről, a fenyegetettségéről, az információszerzés gyakoriságáról is nyilatkoztak. Emellett ellenőrizték a résztvevők járványról való ismereteinek pon-

tosságát is. A szorongás és a depresszió mérésére a Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), a társadalmi izoláció meghatározására pedig az Önmagunk Iránt Érzett Együttérzés Skála (*Social Connectedness Scale*) 4 elemét alkalmazták. A megküzdési stratégiák felmérésére a 28 tételes Stressz és Megküzdés Skálát (*BRIEF Cope Scale*) használták. Vizsgálták továbbá az észlelt fenyegetettséget, a betegségnek való kitettség kockázatát és a kontroll érzését.

EREDMÉNYEK

A kutatás során, a modellek alapján felállított hipotézisek legnagyobb része megerősített nyert. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skálát elsősorban kórházi pácienseknél alkalmazzák, viszont fellelhető néhány kutatás, mely az átlagpopulációban is használta a kérdőívet. Jelen kutatás az utóbbiak adatait használta fel viszonyítási alapként. Ezek alapján, a vizsgált populációban a szorongás és a depresszió szintje az átlagpopulációnál magasabb értékeket mutatott. A személyes veszélyeztetettség érzése előre jelezte a szorongásos és depressziós tüneteket, és hatásai erőteljesebbek voltak azoknál az egyéneknél, akik társadalmilag izoláltak érezték magukat. Ha az egyén társadalmilag izoláltnak érezte magát, akkor a depresszió kialakulása nagyobb esélye volt. Az alacsony kontrollérzet valószínűsítette a szorongásos tünetek megjelenését, de nem súlyosbította tovább a személyes veszélyeztetettség hatásait. Amennyiben helyileg növekedett a Covid-19-fertőzöttek száma, az észlelt fenyegetettség mértéke is növekedésnek indult.

A karanténban töltött napok száma hozzájárult a szociális izolációhoz, de a kontroll érzésére nem volt befolyással. Nem sikerült bizonyítani azt sem, hogy a karantén ideje hatványozottan hatna bármely faktorra. A szociális elszigeteltség érzését csökkentette a közelálló személyekkel való kommunikáció. A másodlagos kontroll eszközei (pl. adaptív megküzdési stratégiák, kormányzati intézkedések) növelték a kontroll érzését, míg az elsődleges kontroll eszközei (pl. a megfertőződés elkerülésére irányuló cselekvések) nem.

A nélkülözhetetlen munkát végző dolgozók (egészségügy, áruházi személyzet, rendőrség stb.) között a megfelelő védőfelszerelés rendelkezésre állása alacsonyabb szorongást és depressziót eredményezett. Ugyanebben a csoportban vizsgálták a maszkviselés hatásait is: a magasabb egészségügyi fokozatú, részecske-szűrésre is alkalmas maszk (N-95) viselése alacsonyabb szorongással, míg az egyéb maszkok használata magasabb szintű szorongással társult.

Az adaptív megküzdési mechanizmusok (pl. elfogadás, humor) használata a feltételezéseknek megfelelően magasabb szintű kontrollérzettel és alacsonyabb mértékű szorongással járt, míg a nem adaptív megküzdési mechanizmusok (pl. tagadás, szerhasználat) alkalmazása növelte a szorongás mértékét. A Covid-19 betegségről való kommunikáció gyakorisága alacsony kontrollérzettel járt. Ez valószínűleg annak köszönhető, hogy a kontroll érzésének a hiánya, illetve a nagyfokú szorongás növeli a Covid-19-ről való beszélgetés igényét.

Az állami intézményekbe vetett bizalom magasabb szintje alacsonyabb szorongást okozott. Mindezek fényében lényeges, hogy a kormányzati vezetők és az egészségügyi intézmények tisztségviselői tényleges és megbízható információkkal szolgáljanak.

ÖSSZEZÉS

A katasztrófák, akár természeti vagy emberi eredetűek, egyre gyakoribbak a mindennapok során. Ezen katasztrófák túlélői gyakran mutatják a különböző pszichés megbetegedések jeleit, mint a generalizált szorongás vagy a major depresszió. Ezek a problémák súlyosbodhatnak a bevételkieséssel, szociális háló sérülésével vagy a napi tevékenységek elvégzésének zavartsága esetén. Éppen ezért fontos kiemelni, hogy vannak tényezők, amelyek enyhíthetik ezeket a problémákat. A kutatás eredményei megmutatják, hogy az egyéni és társadalmi cselekvések, mint a gyakori kapcsolattartás vagy a kormányok lépései a közegészségügyi válság kezelésére összefüggésbe hozhatók a lezárások alatti pszichológiai jólléttel. Ez azt jelenti, hogy a polgárok és a kormány közös felelőssége, hogy a jelenlegi és jövőbeli járványok idején jobban tudjanak alkalmazkodni a kialakult helyzethez.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A Covid-19-járvány váratlanul tört rá az egész világra, sokan először tapasztaltak meg ilyen mértékű krízist, mely az egészségük, életük mellett az egzisztenciájukat is fenyegette. Az egyének veszélyérzetének csökkentésére hatásos módszer az információk elérhetővé tétele és a világos kommunikáció a vezetők, valamint a szakemberek részéről. A kutatás is alátámasztja, hogy a Covid-19-járvány a mentális egészségre is nagy befolyással van, így a járványkezelés eszközei között a jövőben erre is hangsúlyt kellene fektetni, nem csak az egyének szintjén, hanem társadalmi szinten is. Ez azt is jelenti, hogy a megfelelő alkalmazkodás a polgárok és a kormány közös felelőssége.

Információk a szerzőről:

Lichtmesz Magdolna, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, lichtmeszmagdolna@gmail.com

Cikkismertetés: A várható élettartam egyenlőtlenségének változása Magyarországon — Az elkerülhető halálokok szerepe

Article review: Life expectancy inequalities in Hungary over 25 years — The role of avoidable deaths

Ismertető:	Bíró Anikó, Kertesi Gábor, Hajdu Tamás, Prinz Dániel
Ismertetett cikk:	Bíró, A., Hajdu, T., Kertesi, G., & Prinz, D. (2021). Life expectancy inequalities in Hungary over 25 years: The role of avoidable deaths. <i>Population Studies</i> , 75(3), 443–455. doi: 10.1080/00324728.2021.1877332
Kulcsszavak:	várható élettartam; egyenlőtlenség; Magyarország; adminisztratív adatok
Keywords:	life expectancy; inequality; Hungary; administrative data

Beküldve: 2021. 12. 20., doi: [10.24365/ef.v63i1.7835](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7835)

HÁTTÉR

A *Population Studies* folyóiratban megjelent tanulmányunkban a várható élettartam magyarországi települések közötti egyenlőtlenségeit vizsgáltuk. Négy fő kérdésre kerestük a választ: (i) mekkora a várható élettartam települések közötti egyenlőtlensége, (ii) mennyiben magyarázzák ezeket az egyenlőtlenségeket elkerülhető halálokok, (iii) hogyan változott idővel ez az egyenlőtlenség és (iv) milyen egészségmagatartásbeli, hozzáférési és igénybevételi mutatókkal függ össze ez az egyenlőtlenség?

MÓDSZER

Vizsgálatunk alapját a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) teljes körű, egyéni szintű országos halálozási regisztere jelentette. A halálozási regiszter minden egyes magyarországi halálozás esetében rögzíti az elhunyt nemét, életkorát, lakóhelyét és a halálokot is. A halál okára és az elhunyt életkorára vonatkozó információk alapján elkülöníthetők az elkerülhető (megelőzhető, illetve kezelhető betegségekkel összefüggő) és nem elkerülhető halálozások. A halálozási regiszteren kívül a KSH településstatisztikai adatbázisrendszerét (T-STAR), az egészségügyi kiadásokra vonatkozó államigazgatási adminisztratív adatokat és különböző felméréseket (népszámlálás, időmérleg-felmérés, európai lakossági egészségfelmérés) használtuk.

A településeket az átlagos jövedelmük alapján húsz jövedelmi csoportra osztottuk: a legalsó jövedelmi kategória így a népesség legszegényebb településen élő 5 százalékát foglalja magában, míg a legmagasabb jövedelmi a leggazdagabb településeken élő 5 százaléknyi népességet reprezentálja. Minden településcsoportra kiszámoltuk a nem- és életkorspecifikus halálozási arányokat az 1991–1996 közötti, a 2001–2006-os és a 2011–2016 közötti időszakokra. A halálozási arányok alapján megbecsültük a 45 éves korban várható élettartamot. Vizsgáltuk azt is, hogy mekkora lenne a várható élettartam jövedelmi csoportok közötti különbsége, ha az elkerülhető (illetve külön megelőzhető és kezelhető) betegségek miatti halálozásokban nem lenne különbség a szegényebb és gazdagabb települések között.

EREDMÉNYEK

A tanulmány első eredménye, hogy jelentősek a várható élettartamban becsült különbségek az eltérő jövedelmi szintű települések között. A 2011–2016-os időszakban a nők között, a legalsó és legfelső jövedelmi csoport közötti különbség 4,6 év volt (37,4 év versus 32,8 év), ami relatív értelemben 14 százalékos különbséget jelent. A férfiak között a különbség 6,9 év (32,7 év versus 25,8 év), vagy relatív értelemben számítva 27 százalék volt.

A tanulmány második eredménye, hogy ezeket az egyenlőtlenségeket jelentős részben elkerülhető halálozás okozza. Ha a legalsó és legfelső jövedelmi csoportok között az elkerülhető halálozások tekintetében fennálló különbségeket nullának vesszük, akkor az eltérés a nők esetében 4,6 évről 2,4 évre, a férfiak esetében pedig 6,9 évről 2,9 évre csökken.

A tanulmány harmadik eredménye, hogy az elmúlt évtizedekben jelentősen nőttek az egyenlőtlenségek. Míg 1991–1996 között kevesebb, mint 6 év volt a különbség a legszegényebb és a leggazdagabb településeken élő 45 éves férfiak várható élettartamában, 2011–2016 között ez már majdnem 7 év volt. A nők körében ugyanez a különbség 2 évről 4,5 évre nőtt.

A tanulmány negyedik eredménye, hogy a várható élettartam különbségei erős összefüggést

mutatnak különböző az egészségmagatartással, hozzáféréssel, illetve az egészségügyi ellátások igénybevételével kapcsolatos mutatókkal.

KÖVETKEZTETÉSEK

Például az egészségmagatartással és életkörülményekkel kapcsolatos mutatók közül a szilárd tüzelőanyaggal történő fűtés (ami miatt szennyezett levegőt lélegeznek be az ilyen környéken élők) és a sportra fordított idő tekintetében van a legnagyobb eltérés a legszegényebb és a leggazdagabb települések között. De ugyanígy jól láthatóak az eltérések egy sor hozzáférési mutatóban (betöltetlen háziorvosi praxisok, gyógyszerár és szakrendelő távolsága, mentők elérési ideje stb.), a szűrővizsgálatokon való részvételben és a kiadásokban is.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Tanulmányunk alapján úgy látjuk, hogy erős az összefüggés a települési jövedelem és a várható élettartam között. Ezeket az egyenlőtlenségeket jelentős részben elkerülhető halálozási okok mozgatják és erős összefüggést mutatnak az egészségmagatartással, az életkörülményekkel, illetve az ellátórendszerhez való hozzáféréssel és annak igénybevételével. Ez alapján úgy véljük, hogy az egészségpolitikának és a szélesebben vett társadalompolitikának jelentős szerepe lehet a szegényebb településeken élők helyzetének javításában, illetve az egészséges egyenlőtlenségek csökkentésében.

Információk a szerzőkről:

Bíró Anikó, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézete, Egészség és Társadalom Lendület Kutatócsoport, Budapest,
Kertesi Gábor, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézete, Egészség és Társadalom Lendület Kutatócsoport, Budapest,
Hajdu Tamás, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézete, Egészség és Társadalom Lendület Kutatócsoport, Budapest,
Prinz Dániel, Institute for Fiscal Studies, London, daniel.prinz@ifs.org.uk

Cikkismertetés: Mennyire hatásos a közösségalapú, rendszerszemléletű gyermekelhízás-megelőzés?

Article review: How effective is the whole-of-community systems-based approach for the prevention of child obesity?

Ismerető:	Vitrai József
Ismertetett cikk:	Allender, S., Orellana, L., Crooks, N., Bolton, K. A., Fraser, P., Brown, A. D., Le, H., Lowe, J., de la Haye, K., Millar, L., Moodie, M., Swinburn, B., Bell, C., & Strugnell, C. (2021). Four-year behavioral, health-related quality of life, and BMI outcomes from a cluster randomized whole of systems trial of prevention strategies for childhood obesity. <i>Obesity (Silver Spring, Md.)</i> , 29(6), 1022–1035. doi: 10.1002/oby.23130
Kulcsszavak:	iskolai egészségfejlesztés; közösségalapú; rendszerszemlélet; elhízás
Keywords:	school health promotion; community-based; systems thinking; obesity

Beküldve: 2021. 12. 27., doi: [10.24365/ef.v63i1.7874](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7874)

HÁTTÉR

A gyermekkori elhízás a felnőttkori előfutára, számos betegség meghatározó tényezője, emiatt megelőzése globális prioritás. Az elhízás magas gyakorisága, a kísérő betegségek és a kezelési költségek az előrejelzések szerint növekedni fognak. Az 5 év alatti gyermekek, az iskoláskorúak és a serdülők körében végzett ausztrál közösségi alapú beavatkozások az elsők között bizonyították az elhízás csökkenését. Ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy a meghatározó tényezők szélesebb körére kiterjedő változtatások erősen összefüggtek a gyermekkori elhízás csökkenésének mértékével, és ösztönözték a megelőzési beavatkozások elterjedését.

2019-ben a rangos, The Lancet folyóirat elhízással foglalkozó szakértői bizottsága rámutatott arra, hogy a közösségi alapú beavatkozások hatókörét, hatását és fenntarthatóságát a rendszerszemléletű megközelítés képes fokozni. Az elhízás megelőzésében alkalmazott rendszerszemléletű gondolkodás korai példái közé tartoznak az Ausztráliában, Új-Zélandon és Angliában tett erőfeszítések. Ezek a beavatkozások elősegítették az elhízás tágabb, rendszerszintű meghatározó tényezőinek megértését, és a közösségeket bevonták a problémák okainak feltárásába, a megoldások kidolgozásába és megvalósításába. A tapasztalatok igazolták, hogy a közösségek kapacitásának kiépítése, fejlesztése

kritikus fontosságú ahhoz, hogy az érintettek megértsék az elhízást okozó, fenntartó rendszereket és megfelelően tudjanak cselekedni.

A Gyermekkori Elhízás Rendszerszemléletű Megelőzése (*Whole of Systems Trial of Prevention Strategies for Childhood Obesity, WHO STOPS Childhood Obesity*), 5–12 éves, általános iskoláskorú gyermekek bevonásával megvalósított, randomizált kutatás volt Ausztrália Victoria államában. A vizsgálat a teljes közösségre kiterjedő (*whole-of-community*) megközelítést alkalmazta a gyermekkori elhízás megelőzésére. Az elsődleges vizsgálati mutató a gyermekek mért testtömegindexének z-értéke (TTIz) és a túlsúly, illetve elhízás előfordulása volt. A másodlagos mutatók az elhízással kapcsolatos magatartások és az egészséggel kapcsolatos életminőség (*Health-related Quality of Life, HRQoL*) voltak.

Ez a közlemény arra keresi a választ, hogy

- miként változott 4 év alatt a TTIz, a túlsúly és az elhízás gyakorisága a beavatkozást megvalósító és a kontrollközösségek iskolásai körében;
- milyen változások történtek 4 év alatt az elhízással kapcsolatos viselkedésmódban, és a HRQoL-ben a beavatkozást megvalósító és a kontrollközösségek tanulói körében?

MÓDSZEREK

Vizsgálati elrendezés

A viselkedés, a magasság és a testtömeg kiindulási értékeinek mérését követően 10 közösségben (2015. április–június), 5 közösséget véletlenszerűen kiválasztottak, hogy 2015 végén megkezdődjön a beavatkozási szakasz. Az eredeti terv szerint a fennmaradó 5 közösségben 2017-ben kellett volna megkezdenni a beavatkozást, de természeti katasztrófák (pl. bozóttűz), személyzeti fluktuáció és a partnerek prioritásainak változása miatt a fennmaradó öt közösségben a beavatkozások csak késve indultak meg. A 2. lépésben belépő közösségek itt kontrollközösségként szerepelnek. Ez a dokumentum a beavatkozási és a kontrollközösségek összehasonlításáról számol be 4 éves (2015–2019) időtartamra vonatkozóan.

Résztevők

Az ausztrál Victoria állam délnyugati régiójában lévő 6 önkormányzati körzet 10 településének valamennyi általános iskoláját meghívták. Minden 2., 4. és 6. osztályos tanulót bevontak az adatgyűjtésbe, kivéve azokat, akik maguk vagy akiknek a szülei elutasították diák részvételét. Ezeknek a korcsoportoknak az ismételt keresztmetszeti mérése jó reprezentativitást biztosított az iskolákra anélkül, hogy minden gyermektől adatokat kellett volna gyűjteni.

A WHO STOP beavatkozás

Az első fázisban a gyermekkori elhízással kapcsolatos tudatosság növelése, valamint kiindulási adatok gyűjtése és megosztása történt a közösségi vezetők bevonása és toborzása érdekében. Olyan szervezetek és közösségek képviselőit vonták be (pl. egészségügyi és oktatási minisztériumok, egészségügyi szolgálatok, vállalkozások), amelyeknek programjuk vagy befolyásuk van a gyermekkori egészségre, az elhízás megelőzésére, az egészséges táplálkozásra vagy a testmozgásra.

A második beavatkozási fázisban döntési joggal bíró közösségi tagokat és támogatókat azonosítottak, majd együttműködtek velük feltérképezték a beavatkozás körülményeit, kontextusát és meghatározták a befolyásolni kívánt rendszer határait. Ebbe a csoportba az egészségügyi szolgálatok és a helyi önkormányzat vezetői, üzleti vezetők, a helyi vízügyi hivatal vezetői, a helyi

kereskedelmi kamara vezetői, iskolaigazgatók, és más vezetői pozíciókban dolgozók, valamint egyéb informális és elismert helyi közösségi vezetők tartoztak. Ezek a vezetők komplex oksági diagramot készítettek a gyermekkori elhízás okairól. Az így kapott diagram, az úgynevezett rendszertérkép a gyermekkori elhízásnak a közösségben ható tényezők viszonyrendszerét foglalta össze. [1. ábra] A közösségi vezetők elkötelezték magukat amellett, hogy támogatják a kutatást, és forrásokat (pl. személyzetet) biztosítanak a beavatkozás végrehajtásának támogatására.

A harmadik fázisban a közösség képviselőinek egy nagyobb csoportját vonták be olyan szervezetekből, amelyek képesek befolyásolni a gyermekek étel- és mozgási környezetét, az egészséges választást, ideértve a kiskereskedőket, iskolákat, egészségügyi szervezeteket, vezető közösségi csoportokat és másokat.

A negyedik fázisban a közösség képviselőinek ez a nagy csoportja közösen dolgozott azon, hogy a gyermekkori elhízás megelőzésére irányuló, a közösség egész területén megvalósítható intézkedéseket tervezzenek a rendszertérkép alapján. A tervezéshez felhasználták még az elhízás megelőzéséről szóló, sikeres beavatkozásokról készült esettanulmányokat is magában foglaló tényfeltáró anyagok információit.

A projekt teljes időtartama alatt a megvalósított beavatkozásokról nyilvántartást vezettek. Az egyik közösség 4 év alatt 250 intézkedést jegyzett fel, míg egy másik közösség 2 év alatt 11 intézkedést. Néhány fontos példa a megvalósított beavatkozásokra: (1) egy vidéki egészségügyi szolgálat a kormányzat egészséges választás irányelveivel összhangban „csak zöld” hideg és meleg italokat kínált kávézójában; (2) egy önkormányzat új gyalogutat épített, hogy az iskolások könnyebben tudjanak aktívan közlekedni az iskolába és vissza; (3) egy junior sportegyesület bevezette, hogy területén kizárólag ivóvízhez lehessen hozzájutni; (4) egy általános iskola olyan táblákat helyezett ki, amelyek arra ösztönzik a gyerekeket, hogy az iskola kapujától távolabb, meghatározott pontokon tegyék ki őket szüleik, hogy gyalog juthassanak el az iskolába; és (5) egészséges italokra vonatkozó gyakorlat bevezetése a családi napköziben.

Az ötödik és egyben utolsó fázisban folytatódott az adatgyűjtés, a rendszertérképet frissítették,

hogy fokozzák a kiválasztott intézkedések megvalósítását, kiterjesztését, valamint egy konstruktív, kapacitásépítő szakaszban új ötletek megfogalmazását ösztönözték. A beavatkozásokat szándékosan úgy tervezték, hogy a közösségek a saját tempójukban haladhassanak. A 2017-es adatgyűjtéskor az 1. lépésben elindult közösségek a beavatkozások megvalósításának szakaszában voltak (egy közösség mind az öt fázist teljesítette; a többi a második fázist teljesítette, és a harmadik fázist tervezte). A 2019-es időpontban az elemzésben szereplő valamennyi 1. lépcsős közösség az ötödik fázisban volt.

Antropometriai mérések

Minden tanuló esetében a magasságot és a testtömeget képzett egészségügyi szakemberek mérték meg egy intimtást biztosító fülkében; a gyerekek könnyű ruhát viseltek és levették a cipőjüket. A magasság 0,1 cm-es pontossággal történő mérésére hordozható stadiométert, a testsúly 0,1 kg-os pontossággal történő mérésére pedig elektronikus súlymérleget használtak. Két mérést végeztek a magasság és a súly mérésére, és egy harmadik mérést végeztek, ha a két első mérés között a magasság esetében > 0,5 cm, illetve a súly esetében > 0,1 kg eltérést regisztráltak. A magasság és a testtömeg átlagát minden gyermek esetében kiszámították, és az Egészségügyi Világszervezet növekedési referenciaadatok felhasználásával életkor- és nem-specifikus TTlz és túlsúly / elhízás kategóriák létrehozásához használták.

Fizikai aktivitás és mozgásszegény magatartás

A negyedik és hatodikos tanulók egy kérdőívet kitöltve számoltak be az előző 7 nap során mérsékelt és erőteljes fizikai aktivitással (MEFA), valamint a szabadidejükben képernyő előtt (ülő magatartás) töltött időről. Ezeket az adatokat arra használták, hogy meghatározzák a 24 órás mozgásra és képernyőidőre vonatkozó ausztrál irányelvek fizikai aktivitás (≥ 60 perc/nap MEFA) és ülő magatartás (≤ 2 óra/nap elektronikus média szórakozásra) betartását. A fizikai aktivitással és az ülő magatartással kapcsolatos kontextuális információkat (pl. televízió a hálósobában, aktív közlekedés az iskolába és vissza) és a fizikai aktivitásban való részvételre gyakorolt észlelt pszichoszociális hatásokat (pl. társadalmi támogatás, szülői modellezés) is gyűjtöttek (de a közleményben nem szerepelnek). A résztvevők

egy kérdőív segítségével (autó, iskolabusz, tömegközlekedési eszköz, vonat vagy villamos, kerékpár, egyéb aktív és egyéb inaktív) arról is beszámoltak, hogy az elmúlt 7 napban általában milyen közlekedési eszközzel jártak iskolába és onnan hazafelé. A tanulók akkor minősültek aktív közlekedést használónak, ha az említett közlekedési módok valamelyikét használták az iskolába és / vagy az iskolából való eljutáshoz.

Az étrend minősége

A 4. és 6. osztályos tanulók esetében egy egyszerű táplálkozási kérdőívet használtak az alapvető élelmiszerek és italok (pl. gyümölcsök, zöldségek, víz, cukrozatlan tejtermékek) és a nem alapvető élelmiszerek és italok (pl. elvitelre szánt ételek, csomagolt snackek, cukorral édesített italok) önbevallás szerinti „szokásos” fogyasztásának összegyűjtésére. Ezeket az adatokat használták fel az ausztrál étrendi iránymutatások betartásának meghatározására.

HRQoL

A 4. és 6. osztályos tanulók esetében a 23 tételes Gyermek Életminőségi Kérdőívet (*Pediatric Quality of Life Inventory*) használták a gyermekek által érzékelt HRQoL mérésére. A kérdések négy területre vonatkoznak: fizikai, érzelmi, szociális és iskolai működés. A területekre kapott pontszámokat összeadták, hogy egy általános, 0 és 100 közé eső értéket kapjanak.

EREDMÉNYEK

Az egyes vizsgálati években meghívott általános iskolák közül 2015-ben 40/55 (73%), 2017-ben 48/70 (69%), 2019-ben pedig 44/70 (63%) vett részt. Az iskolák száma 2017-ben és 2019-ben a katolikus iskolák bevonása miatt nőtt. A tanulók részvételi aránya 2015-ben 80% (1 792/2 251), 2017-ben 81% (2 411/2 963), 2019-ben pedig 79% (2 137/2 720) volt. A gyermekek átlagéletkora 9,6 és 9,9 év között mozgott a vizsgálati hullámok során.

TTlz

A TTlz 2015-ről 2017-re, illetve 2019-re bekövetkezett változásában nem találtak statisztikailag szignifikáns különbséget a beavatkozási és a kontrollcsoport között. Ugyanakkor a beavatkozási csoportban csökkent TTlz 2015 és 2017

között, de a 2019-ig terjedő időszakban növekedett. Ezzel szemben a TTlz a kontrollcsoportban gyakorlatilag változatlan maradt a vizsgálati időszak alatt.¹

Túlsúlyosak és elhízottak aránya 2015-ben, 2017-ben és 2019-ben

A beavatkozási csoportban a kombinált túlsúly és elhízás aránya 2015-ben 35,5%, 2017-ben 31,5%, 2019-ben pedig 40,4% volt. Mind a 2015 és 2017 közötti -4%-os csökkenés, mind a 2015 és 2019 közötti +4,9% növekedés szignifikáns volt. A kontrollcsoportban az arány lényegében változatlan maradt: 2015-ben 34,3%, 2017-ben 32,9%, 2019-ben pedig 34,7% volt.

Viselkedési eredmények

A vizsgált viselkedési mutatók közül csupán elvitelre szánt ételek fogyasztásának 2015 és 2019 közötti változása mutatott szignifikáns különbséget a két csoport között: míg a beavatkozási csoportban nem változott a gyakoriság, addig a kontrollcsoportban növekedett az eltelt 4 év alatt. A többi mutató változása a két csoportban nem tért el statisztikailag szignifikáns mértékben. Csupán a vízfogyasztás esetében közelítette meg a két csoport különbsége az 5%-os szignifikanciaszintet, ahol a beavatkozási csoportban az enyhe emelkedéssel szemben a kontrollcsoportban csökkenést tapasztaltak.

HRLoQ

A beavatkozás szignifikáns hatását figyelték meg a fizikai és a globális HRQoL-értékeknél. A kontrollhoz viszonyítva a beavatkozás szignifikánsan javította a pszichoszociális pontszámot, a fizikai pontszámot, valamint a globális pontszámot.

MEGBESZÉLÉS

A vizsgálat 4 éve alatt nem volt megfigyelhető a beavatkozás hatása a BMIz, a túlsúly vagy az elhízás arányára a beavatkozó közösségekben a kontrollközösségekhez képest. Bár az első két évben (2015–2017) statisztikailag szignifikáns (4%-os) csökkenést figyeltek meg a túlsúly és az elhízás gyakoriságában a beavatkozó közösségekben, ezt az utolsó két évben jelentős növekedés követte, miközben a kontrollközösségekben

nem történt változás. A beavatkozás pozitív hatásait az elviteles ételek fogyasztása, a lányoknál a vízfogyasztás, a fiúknál pedig a csomagolt snackek fogyasztása tekintetében figyelték meg. Pozitív beavatkozási hatásokról számoltak be a fizikai, pszichoszociális és globális HRQoL-pontszámok tekintetében, amelyek a kontrollközösségek körében az összes HRQoL-eredmény csökkenését eredményezték a beavatkozó gyermekek stabil szintjeihez képest.

Az intervenció közösségekben megfigyelt csökkenés, majd növekedése további vizsgálatot igényel, de a kutatók előzetes magyarázataik az alábbiak:

- Először is, a 2 éves időpontban a kutatócsoport csökkentette az 1. lépcsős közösségeknek nyújtott végrehajtási támogatását, hogy megkezdhesse a 2. lépcsős közösségek toborzását. Bár ezt tervezték, de a természeti katasztrófák hatására a kontrollközösségek további 2 évvel elhalasztották a beavatkozás felvételét, az erőforrásokat 2017-ben bekövetkezett szűkítése fennmaradt. A katasztrófák nem egyenletesen oszlottak el a vizsgált régióban, és a későbbi részelemzéseknek meg kell vizsgálniuk, hogy volt-e ezeknek valamilyen hatása a gyermekek egészségére és viselkedésére.
- Másodsor, a megfigyelési adatok közel valós időben álltak rendelkezésre és kerültek vissza a közösségekhez. A pozitív változás korai jelei a beavatkozási közösségekben nem szándékolt következményként önelégültséghez vagy a prioritások eltolódásához vezethettek, mivel a kezdeti csökkenés azt sugallta, hogy „a munka elvégzetett”, és az elhízás csökkenése figyelhető meg.
- Harmadszor, lehetséges, hogy az idővel felhalmozódó intézkedések meghaladták a közösségek megvalósításhoz szükséges kapacitásukat. 2015 és 2017 között a beavatkozó közösségekben a viselkedésekben bekövetkezett javulás (pl. gyümölcsirányzat [mindenki], cukrozott üdítők [lányok]), amely ezt követően csökkent, és a célzott viselkedésekben bekövetkezett változás hiánya összhangban van ezzel a magyarázattal.
- Végül, a kontrollközösségekben bekövetkezett változások arra utalnak, hogy a beavatkozás hiányában a regionális környezet

¹ A nemek és évfolyamok szerinti elemzés eredményeit ebben a cikkismertetésben nem szerepeltetjük.

a gyermekek számára egyre inkább kedvezett az elhízásnak (pl. növekvő elvitel [mindenki], csökkenő vízfogyasztás [mindenki], növekvő cukrozott üdítők [fiúk], növekvő csomagolt snackek [fiúk]) és negatívan hatott a HRQoL-re.

A gyermekkori elhízás bizonyíthatóan megelőzhető, és a közösségi alapú beavatkozások hatékonyak, megvalósíthatóak és elfogadhatóak a kormány, az ipar és a lakosság számára. Ezeket a beavatkozásokat úgy érdemes tervezni, hogy

ellensúlyozni tudják azokat az előre nem látható társadalmi és gazdasági sokkhatásokat, amelyek megzavarhatják a közösségi erőfeszítéseket. A WHO STOPS számára a bozóttűz ezt a kérdést élesen felszínre hozta. Ahhoz, hogy a közösségi beavatkozások hatékonyabbak legyenek, a nagyobb támogató szervezeteknek, például az egészségügyi szolgálatoknak vagy a helyi önkormányzatoknak támogatniuk kell azokat, és a közösségi vezetésnek prioritásként kell azokra tekinteni.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Mivel az egészségproblémák különböző tényezők bonyolult viszonyrendszerébe ágyazottak, tartós sikereket csakis sokféle szereplő különféle beavatkozásaitól várhatunk. Többféle szempontból megítélhető siker kimutatásához többféle módszerrel gyűjtött, különféle adat elemzése szükséges. Komplex problémára nincs egyszerű megoldás. Ezt igazolják azok az iskolai egészségfejlesztésben leggyakrabban megfigyelhető, egy-egy részproblémára irányuló, szűk fókuszú beavatkozások sikertelensége, egyúttal a több elemű beavatkozások sikeressége is: „A szisztematikus áttekintés és metaanalízis eredményei azt sugallják, hogy a döntéshozóknak gondosan mérlegelniük kell a teljes körű iskolai egészségfejlesztést, a többkomponensű beavatkozásokat, a testnevelési tanterv módosítását és az iskolai táplálkozási gyakorlatot a gyermekkori elhízás megelőzése érdekében.” (Dabravolskaj et al., 2020)

Fontos tanulság, hogy a helyi szereplők összefogása és közös cselekvésük mellett a népegészségügyi szakemberek támogatása nélkülözhetetlen. A lelkesedés, a tenni akarás szakmaiság nélkül nem elegendő a sikerhez, erre következtethetünk az ismertetett kutatás második szakaszában tapasztalt visszaesésből.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

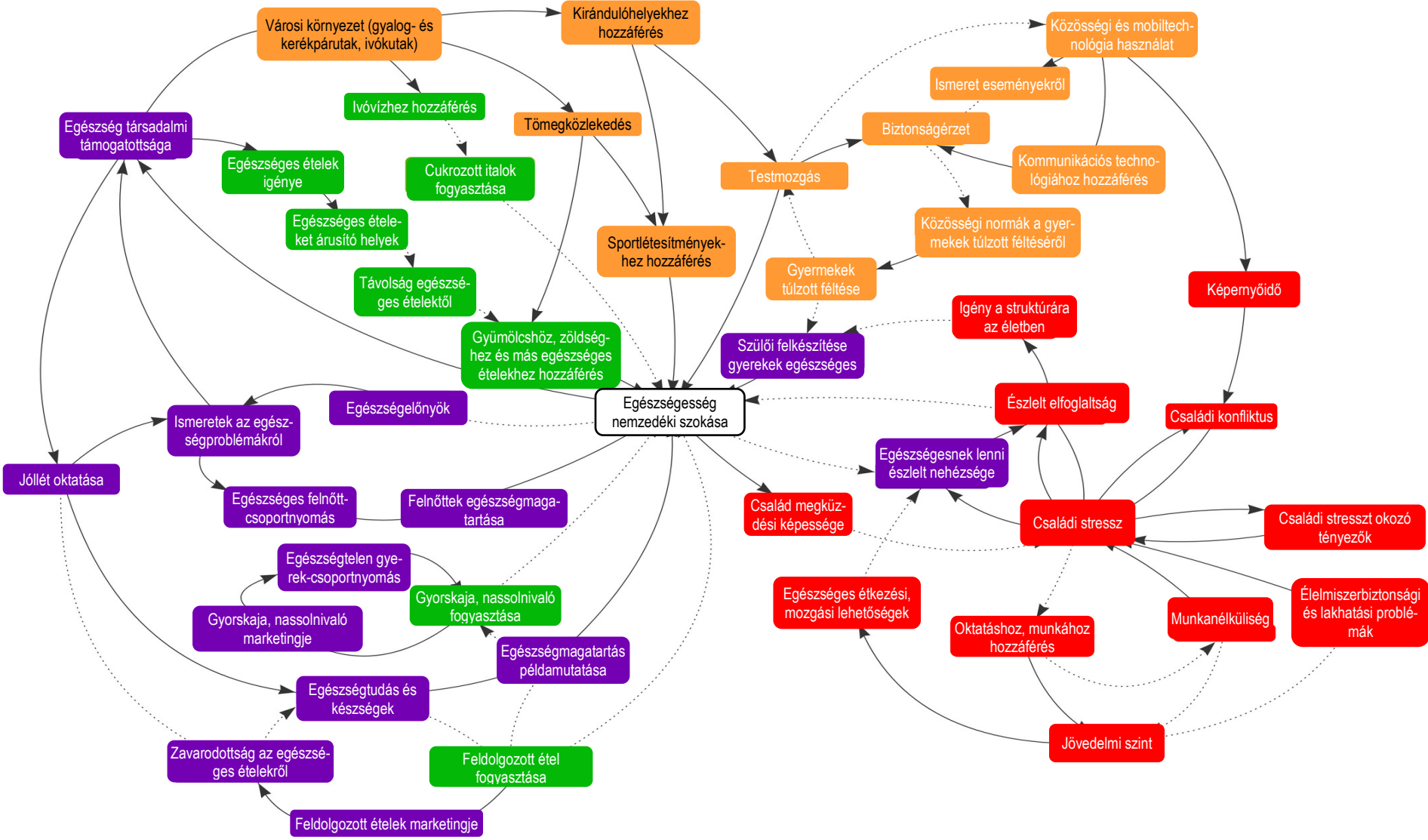
Információk a szerzőről:

Vitrai József, Egészségfejlesztés folyóirat, Budapest; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, vitrai.jozsef@gmail.com

HIVATKOZÁSOK

Dabravolskaj, J., Montemurro, G., Ekwaru, J. P., Wu, X. Y., Storey, K., Campbell, S., Veugelers, P. J., & Ohinmaa, A. (2020). Effectiveness of school-based health promotion interventions prioritized by stakeholders from health and education sectors: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 19, 101138. doi: [10.1016/j.pmedr.2020.101138](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101138)

1. ábra: Egy beavatkozási közösségben készült komplex oksági diagram a gyermekkori elhízás visszaszorításához



Forrás: az eredeti ábra magyar fordítása

Cikkismertetés: Depressziós és szorongásos zavarok a Covid-19-világjárvány következtében, és a megnövekedett esetszámok előrejelezhetősége

Article review: Depression and anxiety disorders due to COVID-19 and predictability of increased incidence

Ismerető: Szabó Orsolya**Ismeretett cikk:** COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 398(10312), 1700–1712. doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)**Kulcsszavak:** Covid-19; major depresszió; szorongás; előrejelezhetőség; prevalencia**Keywords:** COVID-19; major depression; anxiety; predictability; prevalenceBeküldve: 2022. 01. 10., doi: [10.24365/ef.v63i1.7954](https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7954)**BEVEZETÉS**

A tanulmány szerzőinek célja az volt, hogy átfogóan vizsgálják a Covid-19-világjárvány következtében megnövekedett depressziós és szorongásos esetek előfordulási gyakoriságát, valamint súlyosságuk mértékét összesen 204 országban és térségben. A szakirodalom részletes és kritikus értékelését jól mutatja a módszertani áttekintés: a témában a 2020. január 1. és 2021. január 29. között megjelent adatokat áttekintő vizsgálatnak vetették alá. Kiindulási adatként a 2013 és a világjárvány megjelenése közti eseteket használták, majd górcső alá vették az egyes járványszakaszok alatt megjelent adatokat. Minden elérhető információt igyekeztek figyelembe venni, mintegy 5 683 egyedi adatforrást azonosítva. A szigorú szűrést követően ezek közül mindössze 48 felelt meg a vizsgálandó kritériumoknak, egy vagy mindkét problémát érintve (a találatok közül 46 tárgyalja a major depressziós eseteket, 27 pedig a szorongást). A vizsgált adatok főleg Nyugat-Európából és Észak-Amerikából származnak, de bekerültek adatok Ázsia csendes-óceáni térségéből és Kelet-Ázsiából is. A szerzők hipotézise szerint a világjárvány jelentős mentális terhet ró a populáció egészére, és a kényszerű korlátozások következtében főként a depressziós és szorongásos zavarok növekedése várható. Továbbá vizsgálták, hogy az egyes szigorúbb és enyhébb korlátozásokkal járó időszakokban ténylegesen mérhető volt-e az esetszámok növekedése, változása.

MÓDSZEREK

Az adatok feldolgozása idő-trend elemző ökológiai vizsgálattal történt, vagyis a szerzők aggregált szinten elemezték egy meghatározott időintervallumban (a Covid-19-világjárvány idején) az expozíció és a kimenet előfordulását meghatározott területeken, a már említett 204 országban és térségben. A lehetséges torzítások leghatékonyabb elkerülése érdekében egyebek mellett olyan tesztelt vizsgálatokból is próbáltak kiindulni, mint a Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2019 adatai. Referenciapopulációként a Covid-19-járvány előtti populációt vették, megfigyelési egységként pedig a regisztrált szorongásos, illetve major depressziós esetek szolgáltak. Kontrollcsoportnak az ugyanezen területeken, a világjárványt megelőző regisztrált esetszámok tekinthetők, így az eredmények összehasonlíthatóak voltak.

Lévéen a tanulmány szerzői a hozzáférhető forrásokból a rutin adatokon túl az orvosi vizsgálatok alapján diagnosztizált eseteket gyűjtötték össze, széleskörű elemzést tudtak végezni, egyes területekre, régiókra lebontva is.

A matematikai-statisztikai módszerek kiválasztása után, először is megbecsülték a major depresszió és a szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságát a járvány idején. Majd egy előre kidolgozott modell (a metaregresszió és a Bayes-féle rekurzív becslés) segítségével a Covid-19 hatásmutatói alapján előre jelezték a várható esetszámokat az említett zavarok világjárvány

előtti gyakoriságának korrekciójával. Igyekeztek figyelembe venni a potenciális torzítási kovariánsokat véletlenszerű minták alapján végzett keresztmetszeti és longitudinális összehasonlításokkal, valamint a depressziós és szorongásos zavarok kombinált tüneteit reprezentáló becslésekkel. Azonban azt is kihangsúlyozták, hogy a kiválasztott tanulmányok közül mindössze három rendelkezett diagnosztikai eszközökkel az előfordulási gyakoriság mérésére. Ezért tanulmányuk nem rendelkezik elegendő adattal ahhoz, hogy pontosan fel lehessen mérni a torzítás mértékét a kutatás során felhasznált publikációkban. Külön-külön modelleket alkalmaztak a major depresszió és a szorongás esetében, valamint hatásmódosítóként figyelembe vették az életkort és a nemet is. Végül Pearson-féle korrelációval dolgoztak az eredmények kiszámításához, és kétlépéses folyamatban végezték el az előfordulási gyakoriság korrekcióját, amelyben figyelembe vették a mobilitást, a napi új SARS-CoV-2 esetszámokat és a napi többlethalalozási arányt is. Az eredményeket külön-külön értelmezték a két vizsgált mentális zavarra, majd ezeket további, részletes statisztikai módszerekkel finomították, és a nem szignifikáns eredmények természetesen kikerültek a végső modellből. Minden elemzést a DisMod MR-2.1, MR-BRT és R (3.6.3-es verzió) statisztikai szoftverek segítségével végeztek, és 0,05-nél kisebb p-értékeket tekintettek szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Az eredmények azt mutatják, hogy a mobilitás és a napi SARS-CoV-2 fertőzési arány szignifikánsan összefüggött a major depresszió és a szorongás előfordulási gyakoriságának változásával. A napi többlethalalozási ráta nem volt összefüggésben egyik zavarral sem, ami valószínűleg a napi ráta és a másik két Covid-19 hatásváltozó (napi SARS-CoV-2 fertőzési arány és mobilitás) közötti magas kollinearitásnak köszönhető. A vizsgált Covid-19 hatásindexek növekedése a depresszió és a szorongás megnövekedett esetszámaival járt együtt. Mindkét esetben nagyobb arányban voltak érintettek a nők, és nemre való tekintet nélkül a fiatalabb korcsoportba tartozók. A járvány időszaka alatt az előzetes várakozásokkal ellentétben, a depressziós és szorongásos zavar kombinált tüneteit reprezentáló becslések szignifikánsan túlbecsülték a szorongásos zavarok előfordulási gyakoriságának növekedését, míg a major depressziós rendellenességek esetében

a várakozásnak megfeleltek. A keresztmetszeti vizsgálatok azonban mindkét zavar esetében előzetesen túlbecsült értékeket mutattak a végső eredmények, vagyis a valóban regisztrált esetek tükrében. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy elhanyagolható lenne az esetszámok növekedésének mértéke, csupán azt, hogy az előzetes becslésekhez képest kisebb növekedéssel számolhatunk.

MEGBESZÉLÉS

Az eredmények értékeléskor figyelembe kell venni, hogy az egészségügyi ellátásra és a tudományos kutatásra is rányomta bélyegét a járványhelyzet, így kevesebb reprezentatív kutatás született. Ugyanakkor ezekből az eredményekből is jól látható, hogy egy világméretű egészségügyi vészhelyzet miként hat a mindennapokra és az emberi megküzdésre. Az sem meglepő, hogy a nők és a fiatalabb generáció jobban érintett. A tanulmány a szerzők tudomása szerint az első olyan kutatás volt, ami szisztematikusan elemzi 2020-ban a Covid-19-világjárvány mentális egészségre gyakorolt hatásának lakosság körében regisztrált adatait, lakóhely, életkor és nem szerint. A SARS-CoV-2 vírus terjedése és az emberi mobilitás csökkenése összefüggésbe hozható a major depressziós és szorongásos esetek megnövekedett számával. A Covid-19-járványt kockázati tényezőként kell figyelembe venni mindkét zavar esetében. Elmondható, hogy a zavarok növekedése azokban az országokban volt nagyobb, ahol a járványhelyzet, vagy az azzal összefüggő korlátozások súlyosabbak voltak. A nők nagyobb érintettsége magyarázható azzal, hogy összességében nagyobb háztartási és gondozási teher hárult rájuk, illetve kitettebbek a családon belüli erőszaknak, valamint a gazdasági problémáknak, az átlagosan alacsonyabb keresetek miatt. A fiatalabb korcsoportok nagyobb érintettsége összefügg az iskolák bezárásával. Az Egyesült Nemzetek Nevelési, Tudományos és Kulturális Szervezete (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO*) a Covid-19-járványt a történelem legsúlyosabb zavarának nyilvánította a globális oktatásban. Becslések szerint 2020-ban több mint 190 országban 1,6 milliárd tanuló vált érintetté az iskolai oktatás részleges, vagy teljes elmaradásában. Ezzel együtt a társas interakciók hirtelen, drasztikus csökkenése is pszichológiai problémákhoz vezetett, valamint a statisztikai adatok szerint a fiatalabb munkavállalók

könnyebben, nagyobb százalékos arányban vesztették el munkahelyeiket, mint az idősebb generáció tagjai.

A tanulmány arra is kitér, hogy nem ez az első olyan vizsgálat, ami azt vizsgálja, hogy az előre nem látható, globális események miképp hatnak a mentális egészségre. Példaként hozza a gazdasági világválságokat, illetve az egyes országok pénzügyi összeomlását is. Kitér egyéb, jelen helyzettel összefüggő vizsgálatokra, mint például az öngyilkosságok és a világjárvány összefüggéseire, vagy az egészségügy megnöveke-

dett leterheltségére, és az általa kiváltott problémákra. Megemlíti, hogy más mentális zavarokkal (pl. étkezési zavarokkal) is összefüggésbe hozható a kialakult járványhelyzet, azonban a tanulmány megjelenésekor az ezekre vonatkozó áttekintő elemzés még nem állt rendelkezésre. A szerzők megállapítása szerint a megnövekedett mentális egészségteher hamarosan számottevő jelenségű lesz az egészségügyben, amire időben fel kell készülni, mert a járvánnyal összefüggő pszichés zavarok csökkentésére egyelőre sajnos még nincs kiforrott eszköz a szakemberek kezében.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány legnagyobb erőssége az, hogy egy komplett kutatócsoport különböző szakemberei dolgoztak az eredményeken, így nagyon erős és megalapozott állításokat tudtak az olvasók elé tárni. A vizsgálat ráirányítja a figyelmet a járvány mentális jóllétre gyakorolt negatív hatására, ami jelen esetben a major depressziós és szorongásos esetek megnövekedett számával kézzelfogható. Minderre Magyarországon is nagy szükség lenne, hogy képet kaphassunk arról, hogy milyen hosszú távú, pszichológiai hatásai lehetnek a járványhelyzetnek, amivel az élet minden területén számolnia kell az egészségügynek, a munkáltatóknak és az egyéneknek egyaránt.

Információk a szerzőről:

Szabó Orsolya, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen, szaboorsimail@gmail.com