

Acta medicae et sociologica Vol. 15 No. 39 (2024)

Tartalom

Műhelytanulmányok

- NÉMET Erzsébet Anita , NAGY Éva : [Gondoskodási tőke, egészség-egyenlőtlenségek - a gondoskodás fogalom szerepe az egészség társadalmi determinánsainak elemzésében](#) 6-31 [969.16 kB - PDF]
- PIKÓ Bettina , PALKOVICS Éva : [Társállatokkal kapcsolatos attitűdök és a mentális egészség összefüggése egy empirikus vizsgálat keretében](#) 32-47 [800.89 kB - PDF]
- GYÓRFFY Zsuzsa , DÖBRÖSSY Bence , WERNIGG András , GIRASEK Edmond : [Nők és férfiak egészségmagatartása a digitális térben: tények, trendek 2021-ben és 2024-ben - reprezentatív, lakossági minta eredményei alapján](#) 48-68 [733.10 kB - PDF]
- Anita HORKAI , Alexa Kata LEHOTAI : [Dietetics on Social Media - Netnographic Research of Instagram Stories on Healthy Eating](#) 69-86 en [501.48 kB - PDF]

Tanulmányok

- Kitti TÓTH : [Innovative IT solutions in health and sport - the importance of wearable devices, Internet of Things, artificial intelligence and Big Data](#) 87-114 en [1.05 MB - PDF]
- TOMPA Andrea , GALÁN Anita : [Elterelésben résztvevők szerhasználati szokásai és motivációja kvalitatív vizsgálatok tükrében](#) 115-138 [621.99 kB - PDF]
- SZÜCS Dóra , MOHÁCSI Bernadett : [Szisztematikus](#)

szakirodalmi áttekintés a figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavarral élő gyermekek bántalmazása háttérében álló egyéni és interperszonális rizikófaktorokról 139-157

[1.03 MB - PDF]

- **Gutama NAMOMSA , Aye KYI PHYU :** Investigating Language Barriers in Public Healthcare Services: A Case Study of International Students in Budapest, Hungary 158-184 en
[901.63 kB - PDF]
-

Recenziók

- **VATAI Soma :** Antal Z. László: Egészségyszociológia holisztikus megközelítésben. Válogatott tanulmányok 185-192 [477.85 kB - PDF]
 - **SZOBOSZLAI Katalin :** Rendhagyó recenzió Krémer Balázs „Valakik társadalma” című könyvéről : in memoriam Krémer Balázs (1957-2024) 193-197 [530.02 kB - PDF]
-



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (6-31)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/1

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Gondoskodási tőke, egészség-egyenlőtlenségek - a gondoskodás fogalom szerepe az egészség társadalmi determinánsainak elemzésében

Német Erzsébet Anita¹, Nagy Éva²

¹tanársegéd, SE-ETK, Budapest, Vas utca 17., ORCID: 0000-0001-6789-6647

²adjunktus, SE-ETK, Budapest, Vas utca 17., ORCID: 0000-0001-5325-8580

INFO

Nagy Éva
nagy.eva@semmelweis.hu

Keywords

social determinants of health, inequalities, care theory, early childhood

ABSTRACT

Abstract: Care is a key concept in different interpretations of health, illness and cure, and it has a major influence on various fields of research in medical and health sociology. Nevertheless it has yet to evolve into a well-established conceptual framework in these areas. Therefore in this paper we explore how care as a social determinant of health impacts health outcomes, and how concepts of social determinants of care enhance our understanding of the underlying mechanisms and pathways. We place TEAM-ECD framework at the centre of our analysis, because care is conceived of neither as a factor of inequality its own right, nor as a source of health inequalities by other frameworks that are in use in this field. We aim to fill these gaps by incorporating few approaches of care inequalities into the above-mentioned framework for the social determinants of healthy early childhood development

Kulcsszavak

az egészség társadalmi determinánsai, egyenlőtlenségek, gondoskodás, koragyermekkor

Absztrakt: A gondoskodás megkerülhetetlen fogalom az egészség, betegség, gyógyítás értelmezésében, ennek ellenére nem vált bevett konceptuális keretté az orvosi- és egészségzociológiában. Tanulmányunkban azt vizsgáljuk meg, hogy az egészséget meghatározó társadalmi determinánsok között milyen szerepet kaphat a gondoskodás, s hogyan egészíthetik ki e társadalmi tényezők hatásmechanizmusairól kidolgozott képet a gondoskodás társadalmi meghatározottságáról szóló koncepciók. Ehhez a kora gyermekkori egészséges fejlődést vizsgáló modellek közül a TEAM-ECD modell kerül az elemzés középpontjába. Ennek oka, hogy a területen ismert modellekben kis teret kapnak a gondoskodás egyenlőtlenségei, a gondoskodás nem jelenik meg önálló egyenlőtlenségi területként. A dolgozatban ezen hiányokra próbálunk választ találni, amikor a

gondoskodási egyenlőtlenségek néhány megközelítését igyekszünk beilleszteni a koragyermekkori egészséges fejlődés társadalmi meghatározóinak fent említett modelljébe.

Beérkezett: 2024.10.06.

Bírálat: 2024.10.17.

Elfogadva: 2024.11.05.

Bevezetés - a gondoskodás koncepciója az egészség társadalmi megközelítésében

A gondoskodás természetes módon kapcsolódik a betegség, egészség, gyógyítás hétköznapi tapasztalatához, és nehezen megkerülhető fogalom ezen jelenségek szociológiai, antropológiai értelmezéseiben is. Testi egészség és szociális-érzelmi jóllét, szakértő gyógyítás és laikus törődés, férfi szerepek és női életutak - néhány fogalompár, amely az egészség és a gondoskodás kapcsolatáról való gondolkodásunkat keretezheti. Ezen példák is jól tükrözik, hogy legyen szó professzionális vagy nemi szerepekről, a gondoskodás gyakran a gyógyítással összefüggésben jelenik meg, a gyógyítás praxisa szükségképpen előhívja a gondoskodói attitűdöt (Kottow 2001). A gyógyítás és a gondoskodás lényegbeli azonosságot mutat, ami abban áll, hogy az egészség és a jóllét nem választható el élesen egymástól. Az egészségről és jóllétről való társadalmi gondolkodásban egyaránt az a normatív állásfoglalás fejeződik ki, hogy milyen feltételek szükségesek az egyén társadalmi boldogulásához (Downie és Telfer 2021).

E könnyen felismerhető szoros kapcsolat ellenére, a gondoskodás nem vált bevett konceptuális keretté az egészség, betegség, gyógyítás szociológiai tanulmányozásában, noha a gondoskodáskutatás széles elméleti bázisának és kérdésfeltevéseinek köszönhetően nagy hatást gyakorolt számos kutatási területre a családszociológiától, a szociálpolitikán át az ápolásetikáig. A gondoskodás fogalmának kiterjedt értelmezési horizontjáról és interdiszciplináris beágyazottságáról részletes áttekintést ad Philips (1997), aki szisztematikusan vizsgálja a gondoskodás jelenségének és fogalmának oktatásban, jogban, egészségügyben, szociálpolitikában kibontakozó értelmezésmódjait. A gondoskodás társadalmi konstrukcióit elemző kutatásában Acsády és munkatársai (Acsády 2014) széles értelemben használják a gondoskodás fogalmát, amikor a betegápolóktól, a közösségfejlesztőktől át a szociális gondozási tevékenységet végzőkig, több, gondoskodó feladatokat ellátó szakembercsoportot vontak be vizsgálatukba. A gondoskodáskutatói megközelítéssel szemben ugyan kritikusan lép fel a fogyatékossgáttudomány számos képviselője, felhívva a figyelmet a

gondoskodásban rejlő hatalmi aszimmetria problémájára, ám a viták nagyban hozzájárulnak egy kidolgozottabb, a gondoskodást kapók és a gondoskodást nyújtók oldalát is figyelembe vevő gondoskodásfogalom kidolgozásához (Kröger 2009, magyarul Nagy 2021, Nagy-Horkai 2021).

A gondoskodáskutatás és az egészség-tematika összefonódottságát számos fogalmi-elméleti találkozási pont is jelzi. Jól tükrözi ezt az alábbi gondoskodás-definíció, amely egybecseng a gyógyítás tág értelmezését kínáló meghatározásokkal. Joan Tronto és Berenice Fisher szerint a gondoskodás nem kizárólag emberek közti viszonyra vonatkozhat, hanem kiterjedhet a tárgyi és az élővilág más területeire is. Így szerintük „a gondoskodás olyan sajátos tevékenység, amely mindent magában foglal, amit azért teszünk, hogy fenntartsuk, folytassuk, megjavítsuk a „világunkat”, hogy a lehető legjobban élhessünk benne. Ez a világ magában foglalja a testünket, önmagunkat, a környezetünket, mindazokat a dolgokat, melyeket egy összetett, életet fenntartó hálónak igyekszünk szőni.” (Tronto 1993:103) Hasonlóan átfogó értelmezést ajánl Antal Z. László a gyógyítás meghatározásához. Eszerint a gyógyítás szociológiai megközelítésben magában foglal minden olyan cselekvést, amely az egészségi állapot megőrzésére, a megromlott egészségi állapot helyreállítására, valamint az ápolásra, gondozásra szoruló betegek ellátására irányul (Antal Z. 2017). Ebben a meghatározásban a gyógyítás nem korlátozódik a fizikai egészséggel való foglalatosságra, hanem az érzelmi és szociális jóléttel való törődés is a részét képezi. Gyógyító tevékenységet ennél fogva nemcsak egészségügyi intézményekben, hanem többek között önszervező csoportokban, családokban, jótékonyági szervezetekben, civil kezdeményezésekben is végeznek.

Kiindulópontunk szerint tehát a gondoskodás a társadalom különféle intézményeiben zajló sokrétű gyógyító tevékenység része. Ekként értelmezve rávilágíthatunk a gondoskodás néhány társadalmi összefüggésére is. Például az egyes gyógyítói integrációs formák és a különféle társadalmi csoportok közötti kapcsolatokra, vagy akár arra, hogy az egyes társadalmi csoportokat hogyan érinti egyik vagy másik integrációs forma térnyerése, vagy épp térvesztése (Antal Z. 2017). Fontos látnunk, hogy a gondoskodást nyújtókra és kapókra egyaránt hatással vannak ezek a folyamatok, mi több, a gondoskodást nyújtó és kapó szerepek közötti határok fel is oldódhatnak ezek következtében. Bagyura és munkatársai (2023) kutatási eredménye ezt a megállapítást látszik alátámasztani: az idős, ápolásra szoruló családtag gondozásából származó megterhelés kedvezőtlen hatással van a gondozó hozzátartozók szubjektív

fizikai egészségére és érzelmi jóllétére. A szerzők aláhúzzák a támogatás fontosságát e vulnerábilis csoportban, melynek hiányában, mint rámutatnak, ők maguk is gondozásra szorulókká válhatnak, további terheket róva az ellátórendszerre.

A gondoskodás társadalmi-gazdasági környezettel összefüggő kérdései átvezetnek az egészség-egyenlőtlenségek problémaköréhez, s figyelmünket az egészség társadalmi meghatározóira irányítják. Felhasználva a gondoskodáskutatás területén kikristályosodó gondoskodási egyenlőtlenségekre vonatkozó megállapításokat tanulmányunkban azt vizsgáljuk meg, hogy az egészséget meghatározó társadalmi determinánsok között milyen szerepet kaphat a gondoskodás, illetve hogyan egészíthetik ki e társadalmi tényezők hatásmechanizmusairól kidolgozott képet a gondoskodás társadalmi meghatározottságáról kialakított koncepciók. Ehhez egy sajátosan érzékeny életszakasz, a kora gyermekkor kerül az elemzés középpontjába, hiszen az ebben az életszakaszban megélt hátrányok igen jelentősen befolyásolják a későbbi egészségi állapot alakulását, és alapvetően hozzájárulnak az egészséget érintő egyenlőtlenségképző tényezők halmozódásához. A kora gyermekkori egészséges fejlődést vizsgáló modellekben azonban viszonylag kis teret kapnak a gondoskodásban jelentkező egyenlőtlenségek, a gondoskodás nem jelenik meg sem önálló egyenlőtlenségi területként, sem az egészség-egyenlőtlenség egyik forrásaként. Fontos itt megemlíteni, hogy az elméleti irányválasztás során meghatározó szempont volt Német Erzsébet Anita doktori kutatása, melynek középpontjában a társadalmi és területi marginalizáció kora gyermekkori egészség-esélyekre gyakorolt hatásának vizsgálata áll (Simmelweis Egyetem Doktori Iskola Egészségtudományi Tagozat, témavezető: Dr. Vingender István). A kutatás a makrofolyamatok helyi lenyomatainak alulnézetből való exponálásával azt próbálja megragadni, hogy a lokális szinten túlmutató jelenségek miként alakítják a különféle jövedelmi helyzetű családok mozgásterét, egészséggel kapcsolatos viselkedését, valamint a szociokulturális, infrastrukturális, szolgáltatási és egészségügyi környezetük lehetőségeit, működését, és hogy milyen kölcsönhatások figyelhetők meg a humán ágencia és azt körülvevő szűkebb-tágabb társadalmi közeg között.

A dolgozatban ezen hiányokra próbálunk választ találni, amikor az alábbiakban a gondoskodási egyenlőtlenségek néhány megközelítését igyekszünk beilleszteni a koragyermekkori egészséges fejlődés társadalmi meghatározóinak egy konkrét modelljébe. Ehhez elsőként áttekintjük az

egészség társadalmi meghatározóit komplex rendszerben ábrázoló WHO-egészségdetermináns modell, majd a gondoskodás rövid fogalmi áttekintésére kerül sor. Áttekintve a vonatkozó szakirodalmat az egészséges koragyermekkorai fejlődés modelljei közül a TEAM-ECD modell az egyedüli, amelyben legalább vázlatosan felbukkan a gondoskodás dimenziója, ám részletei kidolgozatlanok maradnak, ennek kiegészítésére teszünk kísérletet a gondoskodás töke-felfogásának segítségével. Ilyen értelemben munkánk alapvetően elméleti jellegű, ám szándéka szerint kaput nyit a gondoskodás-fogalom számára az egészségszociológiai kutatások terében.

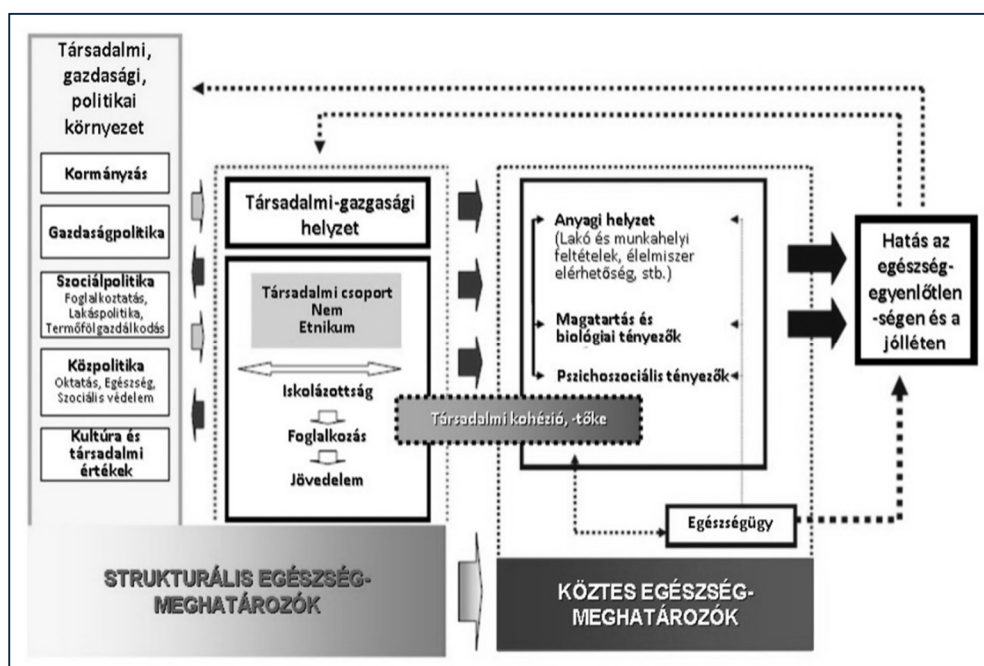
Az egészség társadalmi meghatározói

Az egészség társadalmi determinánsainak definiálásához szükség lehetne annak leírására, hogy mit értünk az egészség fogalma alatt. Azonban már némi felületes keresgéléssel is számtalan egészség-meghatározásra bukkanunk a vonatkozó szakirodalomban, melyek egymással is versengenek, s erre még ráarakódik a hétköznapi értelmezések végtelen sokfélesége. A tanulmány céljától is messze kanyarodnánk, ha ezen az úton indulunk el, így kiindulópontként megelégszünk azzal, hogy a WHO jól ismert 1946-os meghatározására hivatkozunk, mivel ennek megszületése óta aligha kerülhet meg az egészség definiálása során a társadalmi tényezők köre (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021a), melyek az egészségegyenlőtlenségek koncepcióiban is alapvető szerepet kapnak.

Az egészség-egyenlőtlenségek azokat az egyes társadalmi csoportok egészségi állapota között tartósan fennálló különbségeket jelölik, amelyek a biológiai okokon túlmutatnak és társadalmi tényezőkkel hozhatók összefüggésbe (Blas és Kurup 2010). A definíció világos értékválasztást tükröz: e különbségeket igazságtalannak és megváltoztatandónak tekinti. Az egészség-egyenlőtlenségek társadalmi összefüggéseiről az Egészségügyi Világszervezet Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága égisze alatt kidolgozott konceptuális keret (Conceptual framework for action on the social determinants of health, továbbiakban: CSDH modell) nyújt átfogó képet (1. ábra) (Solar és Irwin 2010). A magyarázat kiindulópontja, hogy különbséget tesz az egészségre közvetlenül ható úgynevezett köztes egészségdeterminánsok és e meghatározók egyenlőtlen eloszlását alakító strukturális egészségmeghatározók között. A modell újszerűsége épp ebben rejlik: a társadalmi státusz és az egyének rendelkezésére álló erőforrások mellett, a gazdasági, politikai és társadalmi környezetet is magában foglalja,

ezzel pedig az egészségsdeterminánsok teljes spektrumát felöleli. Noha az egyén szintjén nem mérhető, a kormányzást, a jóléti állam redisztribúciós politikáit, a foglalkoztatáspolitikát, oktatáspolitikát és egyéb közpolitikákat, valamint a társadalmi értékeket is felölelő gazdasági és társadalmi környezet a társadalom működésének törvényszerűségeit, ennél fogva a társadalom rétegződését alakítja. A társadalmi státusz pedig döntő befolyást gyakorol az egészségre közvetlenül ható kockázati tényezőkre: az anyagi körülményekre (munka és lakás-körülmények), a pszichoszociális helyzetre, és az egészségmagatartásra. A társadalmi kohézió, a bizalom és a szolidaritás mértéke, valamint az egészségügyi rendszer is szerepet játszik az egészség-egyenlőtlenségek alakításában, ellensúlyozhatják vagy fokozhatják a társadalmi státusz egészségi állapotra gyakorolt hatását. Mint láthatjuk, egyfajta tölcser szerkezetben, a disztális egészségsdeterminánsoktól a proximális meghatározók felé haladva bomlanak ki hatásmechanizmusok. Valójában azonban összefonódó folyamatok tárulnak fel, hiszen az egyének egészségi állapota meghatározza a társadalmi jólét szintjét, ami pedig visszahat az egészséget közvetetten és közvetlenül befolyásoló egészségmeghatározókra.

1.ábra: Az egészség strukturális és köztes meghatározói és kölcsönhatásai



Forrás: Vitrai 2011:17.

A fentebb idézett szerzőpáros, Solar és Irwin (2010), három társadalom epidemiológiai perspektívát különböztet meg, amelyen keresztül az egészség társadalmi meghatározói és az egészségi állapot közötti mechanizmusok szemlélhetők. Noha dolgozatunk szempontjából az életút perspektíva tűnik az adekvát szemüvegnek, amelyen keresztül a gondoskodás egészség-esélyekben játszott szerepét értelmezhetjük, akkor járunk el helyesen, ahogyan a szerzők is hangsúlyozzák, ha ezeket a megközelítéseket egyidejűleg alkalmazzuk, és az időbeliség mellett, a strukturális változókat, valamint az egészség társadalmi mobilitásban játszott szerepét egyaránt figyelembe vesszük. Ezeket a "lencsét" egyidejűleg használva kaleidoszkópszerűen jelennek meg az egészség és a korai életévekben ható egészségdeterminánsok összefüggéseinek más és más mintázatai, amelyeknek csupán a körvonalait áll módunkban felrajzolni tanulmányunkban.

A társadalmi kiválasztódás nézőpont úgy tartja, hogy az egészség erőteljes hatást gyakorol arra, hogy az egyének milyen társadalmi pozícióra tehetnek szert. Az egészség ebben a megközelítésben maga is tőkefajta, hiszen az egyén számára társadalmi előnyök és hátrányok forrása. Lényeges látnunk, hogy a kedvezőtlen egészség gyakran maga is az életkörülmények alakulásában gyökerezik, így célszerűbb az egészségszelekcióra, mint társadalmi hátrányokat halmozó tényezőre tekinteni. A következő megközelítés fordított irányú ok-okozati összefüggést tételez fel. A strukturális tényezőkre hangsúlyt helyező társadalmi okiség perspektíva szerint különféle közvetítőkön keresztül a társadalmi pozíció határozza meg az egészséget. Az egészségkülönbségek akkor jelennek meg, amikor ezek a közvetítő tényezők egyenlőtlenül oszlanak meg a különféle társadalmi csoportok között. Végül az életciklus perspektíva a korai életkörülmények és az időfaktor szerepét emeli ki a hosszú távú egészségkimenetekben. Dolgozatunk szempontjából indokolt e megközelítés mélyrehatóbb áttekintése, melynek során Ben-Slohmó és Kuh (2002) főbb gondolatait idézzük fel. Az élet későbbi időszakaiban ható modifikáló tényezők ellenére is kijelenthető, hogy a fejlődés bizonyos kritikus időablakaiban a különféle kockázatoknak való kitettség tartós és visszafordíthatatlan károsodást okoz. A kockázatok láncot alkotva az életút során fel is halmozódhatnak, ugyanakkor vannak olyan megkülönböztetett fejlődési periódusok, amikor nagyobb hatást gyakorolnak az egészségi állapot alakulására. A kockázatok egymástól függetlenül és egymással összefonódva is jelentkezhetnek, a leggyakrabban azonban társadalmi mintázatot mutatnak. A legszegényebb csoportokba tartozó gyerekek például nagyobb eséllyel

születnek alacsony testsúllyal (Hajdu és Kertesi 2023) és szenvednek súlyos alultápláltságtól (Siddiqui és munkatársai 2020). Ezek a rizikófaktorok közvetett módon is hatást gyakorolnak a felnőttkori egészségre az egészségszelekción keresztül azáltal, hogy a tanulmányi és a munkaerőpiaci sikerességet, vagyis a társadalmi érvényesülés esélyeit rontják. Mint Ben Shlomo és Kuh rámutat, a prevenció szempontjából az eseményláncolat feltérképezése rendkívüli jelentőséggel bír, hiszen segíthet azoknak a csomópontoknak a beazonosításában, ahol megszakítható a „láncreakció”. Ben Shlomo és Kuh mellett érvel, hogy a korai fizikai és pszicho-szociális környezet megismerése révén, a gazdasági-társadalmi státusz felnőttkori egészségre gyakorolt hatásának vizsgálata közelebb vihet minket az ok-okozati összefüggések megértéséhez.

A csecsemő-és gyermekegészség vizsgálata következőképpen morális-etikai és a társadalmi-gazdasági megfontolásból is kiemelt figyelmet érdemel. Az egészség társadalmi meghatározóinak egyenlőtlen megoszlása a lehető legigazságtalanabb módon a kisgyermekes esetében nyilvánul meg. A korai életévekben a fejlődés és a vulnerabilitás is a legintenzívebb, így a rizikófaktorok a hosszútávú, felnőttkori egészség mellett a társadalmi érvényesülést is veszélyeztetik (Szilvási 2011). A kora gyermekkorba való befektetés össztársadalmi haszna és megtérülési rátája ráadásul ennél fogva igen magas (Heckman 2011).

Mindebből következően a kora gyermekori egészséges fejlődést az egészség egyik társadalmi meghatározójaként tartjuk számon, melynek alakulásában a gondoskodás játssza a kulcsszerepet.

A gondoskodás meghatározásai

A gondoskodás szó jelentésrétegeit keresve gyorsan láthatóvá válik a gondoskodás fogalmának és jelenségének összetettsége. Megragadhatjuk általa a gondoskodás tevékenység-dimenzióját és annak munka-jellegét, s a gondoskodás társadalmi jelenségét vizsgáló szakirodalom egy jelentős része a gondoskodás ezen gondozás (caring for) értelmezéséhez kapcsolódik (Finch és Groves 1983, Kittay 1999, Ungerson 2005, Rummery és Fine 2012, Bryant és Garnham 2016). A gondoskodás olyan tevékenység, amelyet valaki más szükségleteinek, jólétének biztosítására végzünk, nagy energia és időráfordítást igényel, gyakran fizikailag is megterhelő, és elválaszthatatlan része a fizikai közelség a gondoskodást kapó és a gondoskodást nyújtó fél között (pl. egy beteg táplálása vagy egy gyermek fürdetése, öltöztetése

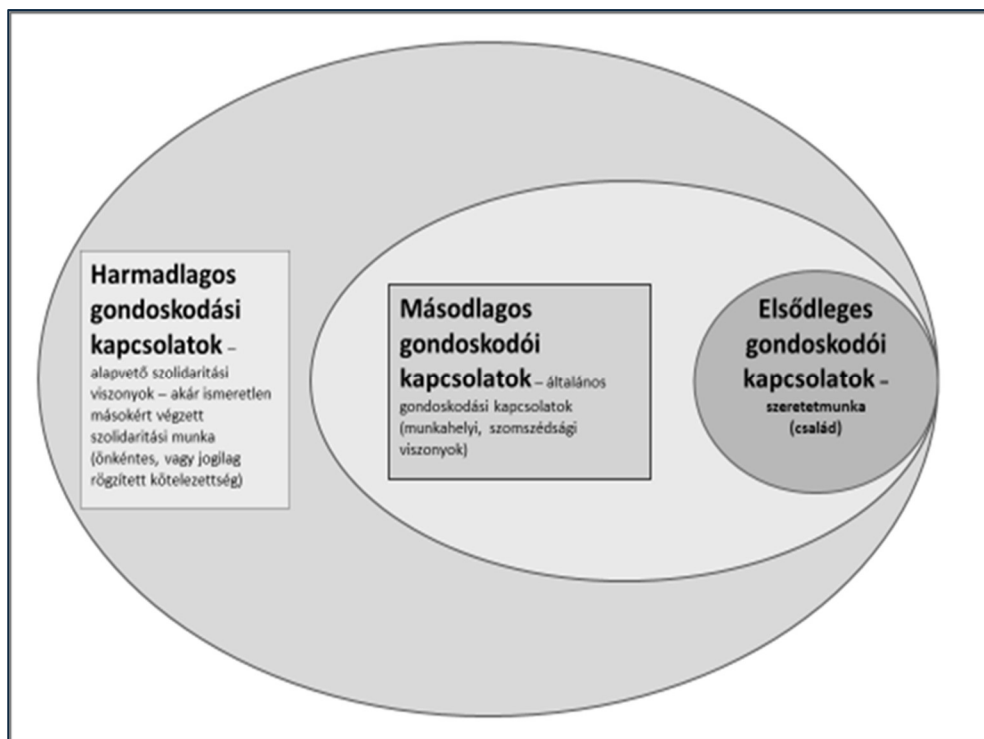
mindenképpen együtt jár a közvetlen testi érintkezéssel) (Rummery és Fine 2012). Ugyanakkor a gondoskodás többet jelent pusztán a gyerekek, vagy más gondoskodást igénylők) körül ellátandó feladatokról. Ezek a tevékenységek egyfajta érzelmi kötődést, figyelmet, odafordulást, jelenlétet és feltételeznek. Valaki gondját viselni felelősségvállalást, belevonódást is jelent, törődést (caring about) egy másik ember sorsával, osztozást a gondjaiban, tettben és gondolatban egyaránt. A gondoskodóként elfogadom más gondjának terhét, amiben egyszerre van jelen a gondoskodói praxis és diszpozíció (Tronto 1993), szeretet és munka, identitás és cselekvés (Graham 1983). A gondoskodást definiálni igyekvő tanulmányokat olvasva láthatjuk, hogy azok rendre kiemelik a “care about /care for” kettősét, mint a gondoskodás fő aspektusait kifejező fogalompárt. Meglátásunk szerint magyarul a gondozás/törődés fogalompár áll a legközelebb az eredetihez. A dolgozat azon részeiben, ahol fontos a két értelmezés elválasztása, ezeket a kifejezéseket használjuk majd. A meglehetősen leegyszerűsítő jellegük ellenére a gondoskodás kutatásának történetét tekintve érdekes lehet, hogy mikortól jelenik meg ez a két gondoskodás-értelmezés párhuzamosan, illetve, hogy mikor melyik kap nagyobb teret a különféle kutatói diskurzusokban. (Erről részletesebben lásd többek között: Ungerson 2005, Phillips 2007.)

Bár leginkább két egyén közt zajló interakcióként gondolunk rá, de a gondoskodás nem csak individuális értelmezésben működik. Ezen túl a gondoskodás intézményesült és a társadalmi élet megannyi szegmensét átható jelenség. A gondoskodás, különösen a gyerekekről való gondoskodás a legtöbb társadalomban számos szereplő kölcsönös összekapcsoltságán alapul. Tronto és Fisher korábban említett definícióját alapul véve a gondoskodás a társadalmi beágyazottság biztosításának egyik kifejezőmódja és forrása is. A gondoskodás ugyanis voltaképpen minden összetartozásban benne van a másokért való felelősségvállalás révén, az emberi állapot elválaszthatatlan része, születésünktől fogva az egész életutunkat végig kíséri a gondoskodás keresése és a gondoskodás nyújtása. Az egyén nem is létezhet a „lojalítások szövete nélkül” (Kiss 2018). A komplex társadalmi rendszerekben az egyének függőségi kapcsolatok egymást átfedő bonyolult hálózataiban működnek, itt tanulják meg a kölcsönös függőség jelentését. A gondoskodás lencséjén keresztül tehát az embert e kölcsönös függőségek által meghatározott lénynek láthatjuk (Tronto 1993). Eva Feder Kittay a beágyazott függőségek (nested dependencies) fogalmával rámutatott arra, hogy a gondoskodásban érvényre jutó kölcsönösség a társas kapcsolatok és kötelezettségek rendszerében jön

létre, ahol adott esetben nem az fogja viszonzni a segítségnyújtásunkat, akinek adtuk azt (Kittay 1999). A reciprocitás olykor párhuzamosan valósul meg, máskor időben eltolódva. Ez a fajta kölcsönösség a társadalmi együttműködés alapja, a gondoskodást igénylőket összekapcsolja azokkal, akik éppen itt és most gondoskodást képesek nyújtani számukra, miközben a gondoskodást nyújtók más támogató kapcsolatrendszerekhez is kötődnek (Kittay 1999).

A mások felé forduló, másokat középpontba állító gondoskodói feladatok ellátása napjainkra komoly társadalmi kihívássá válik, amelynek köszönhetően még fontosabb megérteni, hogy a gondoskodás egyes szférái hogyan épülnek, támaszkodnak egymásra, hol találhatók egyenlőtlenségek a gondoskodói feladatok ellátása szempontjából. A gondoskodói viszonyok rendszerének egy lehetséges és jól alkalmazható modelljeként Kathleen Lynch hármas taxonómiáját érdemes itt felidézni, aki koncentrikus körökként egymásra épülő, egymást átfedő szférákat határoz meg, amelyek megteremtik a társadalom gondoskodói hálózatának sűrű szövetét (2. ábra) (Lynch 2007).

2. ábra: A gondoskodói viszonyok rendszere Lynch modellje alapján



Forrás: saját szerkesztés, Lynch 2007:557. alapján

A legbelső szférát az elsődleges törődésviszonyok alkotják (a kifejezés magyar fordításának forrása: Takács 2021), amelyek a hozzánk legközelebb álló - családi, partneri - kapcsolatainkban gyökereznek. Az egymásért végzett szeretetmunka prototípusa a szülő-gyermek kapcsolat, forrása pedig az ebben a közegben megélt kölcsönös kötődés és mély elköteleződés. Az elsődleges törődésviszonyok nagy gondoskodói potenciált hordoznak, ám társadalmi értelemezésben az itt zajló tevékenység értelmeződik legkevésbé munkának. A másodlagos gondoskodói tevékenység (általános gondoskodásmunka) szféráját a tágabb családi, baráti, ismerősi, munkahelyi, szomszédsági kapcsolatok körében találjuk. Ezek a feladatok kevesebb érzelmi, időbeli elköteleződéssel, kisebb felelősségvállalással járnak. A harmadik gondoskodási szférát a szolidaritási munka szférájának nevezi Lynch, amely jellemzően az ismeretlen másokat támogató, tulajdonképpen személytelen gondoskodói aktusokat foglalja magában. Ilyen lehet az önkéntes munka, egy közösségi vagy akár nemzetközi jó célt szolgáló ügy támogatása, az állam gondoskodói feladataihoz való hozzájárulás is (például az adófizetés formájában). Lynch megjelöli a gondoskodói tevékenység alterületeit is, amelyek meglátása szerint minden gondoskodási szférában megjelennek, más-más tartalommal (Lynch 2007). A gondoskodás mindig magában foglal érzelmi munkát, erkölcsi állásfoglalást, ahogyan fizikai és mentális munkát (pl. tervezés) és kognitív munkát (a gondoskodást mikéntjére vonatkozó tudás és készségek) is. Ha összevetjük a három szférát például a mentális munka tartalma alapján, akkor azt látjuk, hogy a szeretetmunka esetében ez az egész személyre kiterjedő figyelmet jelenti, a másodlagos gondoskodásmunka inkább specifikus tényezőkre irányul, míg a szolidaritási munka a gondoskodás stratégiai lényeges elemeinek kidolgozását foglalja magában.

Ez a hármas felosztás látszólagos egyszerűsége ellenére lehetővé teszi, hogy jellemezzük az egyes egyéni gondoskodási szükségletek alakulását. Ahogyan azt Kittay (1999) korábban idézett meghatározásánál olvashatjuk, a gondoskodás interdependens (kölcsönös függőségen alapuló) jelenség, s ebből kiindulva feltételezhetjük, hogy gondoskodás tartalma, mértéke, megélése függ attól, hogy a gondoskodó maga milyen gondoskodásra támaszkodhat. Az, hogy ki milyen mértékben számíthat az egyes gondoskodási szférákhoz köthető kapcsolatokra, pozícióját tekintve milyen mértékig alárendelt vagy egyenrangú ezekben a kapcsolatokban - gondoskodóként és gondoskodást kapóként egyaránt -, nagyban meghatározza azt, hogy milyen mértékben és minőségben teljesülnek a gondoskodási szükségletek. Fontos kérdés, hogy

egyes gondoskodói tevékenységek dominánsan mely szegmenshez kapcsolódnak, milyen következménnyel jár, ha például eltolódik a harmadlagos szféra felé, formalizálódik egy területen a gondoskodás, vagy ha kizárólag az elsődleges gondoskodói viszonyok körén belül marad.

Az így kibontakozó egyenlőtlenségek egyik dimenzióját a gondoskodáshoz való hozzáférés nehézségei alkotják. A gondoskodási deficitet megélő társadalmakban (Hochschild 1995) a szűkülő forrásokkal a sérülékeny társadalmi csoportok tagjai számára nyújtott gondoskodási lehetőségek erodálódnak, vagy gyakran teljességgel elérhetetlenné válnak. Az ún. gondoskodási szegénység koncepciója erre a jelenségre reflektál. Olyan helyzetben beszélhetünk gondoskodási szegénységről (care poverty) amikor valaki nem kap megfelelő segítséget, támogatást, formális vagy informális gondoskodás formájában, így gondoskodási szükségletei kielégítetlenek maradnak (Kröger 2010, Kröger 2022, Kröger és munkatársai 2019). A kisgyermekkor érzékeny életszakaszában a gondoskodásban megmutatkozó hátrányok az egészségi állapottal összefüggő későbbi társadalmi hátrányok egyik lényeges elemévé válhatnak.

A gondoskodás-fogalom lehetséges helye a kora gyermekkori egészséges fejlődés társadalmi meghatározói között

Mi határozza meg az egészséges fejlődést az élet korai szakaszában? Ez a kérdés foglalkoztatta a Siddiqi, Irwin és Hertzman alkotta szerző triád, amikor az Egészségügyi Világszervezet Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottsága számára kidolgozta a TEAM-ECD nevet kapó konceptuális modelljét (Siddiqi és munkatársai 2007). A modell, melynek pontos neve „Teljes Környezetértékelési Modell a Kora Gyermekkori Fejlődésre” (Total Environment Assessment Model for Early Childhood Development, a továbbiakban: TEAM-ECD modell), kiindulópontja az a gondolat, hogy a gyermeket körülvevő szűkebb-tágabb környezet gondoskodási adottságai (nurturant qualities) gyakorolják a legnagyobb hatást a fejlődésére. Noha a gyermeki fejlődés hajtóereje a szülői gondoskodás, a családok nem képesek megfelelő gondoskodási miliőt teremteni a tágabb környezet támogatása nélkül. A modell ennek megfelelően figyelembe veszi az összes befolyásréteget - a családi környezettől a globális kontextusig -, amely szerepet játszik az ideális gondoskodási feltételek biztosításában. A TEAM-ECD modell impozáns keretszerkezetet biztosít, ám elméleti fogódzók és koherens fogalmi háló nélkül a mélyebb összefüggések és kölcsönhatások feltárásával

adós marad. Ezt a hiányt némiképp pótlendő, a következőkben az egyes gondoskodás-környezeteket a gondoskodási egyenlőtlenségek lencsén keresztül mutatjuk be. Áttekintésünkbe igyekszünk beleszőni a kora gyermekkori egészség társadalmi összefüggésrendszerére vonatkozó kutatási eredményeket is.

A TEAM-ECD modellben a fejlődés legfőbb színterét a család biztosítja. Noha az egyes szocioökonómiai státusz mutatók egymással szorosan összefüggnek, más és más erőforrásokkal járulnak hozzá a kora gyermekkori fejlődéshez (Duncan és Magnuson 2003), melyek részletes tárgyalása meghaladja kereteinket. Ehelyütt visszautalunk az egészség társadalmi meghatározói kapcsán bemutatott összefüggésekre, s csak néhány gondoskodással összefüggő vonatkozást villantunk fel. Az iskolai végzettség maga is mediátor tényezőkön keresztül fejt ki a hatását, mint például életirányítási képesség (Kopp és Skrabski 1995, Ross és Wu 1995), egészségértés (Jansen és munkatársai 2018) és egészségmagatartás (Olsen és munkatársai 2023), amelyek többek között a szülői kompetenciákra (Davis-Kean és munkatársai 2021) és a szoptatási gyakorlatokra is hatással lehetnek (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021b). A szűkös anyagi erőforrások miatt az alacsony státuszú társadalmi-gazdasági csoportokba tartozó kisgyermekek nagyobb eséllyel élnek alacsony komfortfokozatú, beázó, nedvesedő, sötét lakásban és vannak kitéve beltéri levegőszennyezésnek (Hajdu és Kertesi 2023). Az alacsony szocioökonómiai státusz továbbá a szülői stresszre gyakorolt hatásán keresztül is visszavetheti a gyermeki fejlődést (Wickham és munkatársai 2017). Az anyai depresszió miatt sérülhet a korai kötődési kapcsolat - a kora gyermekkori lelki egészség egyik legmeghatározóbb vonása -, melyre támaszkodva a csecsemő gondoskodást remélhet (Tóth 2020). Végül említést kell tennünk a mára igen jól dokumentált ártalmas gyermekkori élmények felnőttkori magatartási, mentális és szomatikus következmények közötti összefüggésről (Felitti és munkatársai 1998, WHO 2006, Ujhelyiné és Kuritárné 2020, Nelson és Gabard-Durnam 2021).

A családi miliő a lakókörnyezet, a lakóközösség és a társadalmi kötelékeken alapuló közösségek (relational communities) tágabb rendszerébe ágyazódik. A hiányos infrastrukturális ellátottság (Reijneveld és munkatársai 2005), a zajszennyezésnek, környezeti ártalmaknak (Evans és Kantrowitz 2002), valamint a kültéri légszennyezettségnek való kitettség (Hajdu és Kertesi 2023) a lakókörnyezeti gondoskodási erőforrásoktól való megfosztottsághoz vezet, csakúgy, mint a közlekedéshez, intézményekhez, szolgáltatásokhoz,

munkahelyekhez, valamint a játékos felfedezést biztosító fizikai terekhez való hozzáférés hiánya. A valahová való tartozás élménye, az informális társadalmi normák és kontroll, a gyermeknevelési gyakorlatok, a kisgyermekek egészségével, fejlődésével kapcsolatos szülői etnoteóriák (Super és Harkness 2002), valamint a társas támasz és a kölcsönösség a közösségi hálózatokból eredeztethető erőforrások.

A felsorolt társadalmi meghatározottságok mellett látnunk kell azonban, hogy a szülői, családi gondoskodás, még ha a hozzánk legközelebb álló emberekről van is szó, nem a semmiből terem: fizikai és érzelmi erőfeszítés eredménye, időt, tudást, gyakorlatot igényel, sok tekintetben anyagi ráfordítást is követel. Tulajdonképpen ebből a megközelítésből kézenfekvőnek tűnik az a kérdés, hogy hogyan alakítja a gondoskodási kapacitást a gondoskodást nyújtók státusza, kora, neme, etnikai vagy más csoport-hovatartozása, kapcsolatrendszere, s ezekből következően milyen erőforrásokra támaszkodva tudják ellátni formális vagy informális gondoskodói feladataikat. A TEAM-ECD modellben azonban a szülői gondoskodás olyan független tényezőként jelenik meg, amelynek forrásait, illetve a gondoskodás újraelosztásának egyenlőtlenségi tényezőit nem részletezik a modell készítői. Ebből adódóan rejtve maradnak a gondoskodáshoz való hozzáférés sajátos egyenlőtlenségei, amelyek a strukturális tényezők mellett rávilágítanak az egyéni ágencia jelentőségére az egészségyenlőtlenségek alakulásában.

A gondoskodási tőke mint egyenlőtlenségképző tényező

A gondoskodási egyenlőtlenségekkel foglalkozó munkák egy része a Bourdieu által kidolgozott tőke-metaforát alkalmazva próbál választ adni arra, hogy milyen szerepet játszik a gondoskodói gyakorlatok alakulásában a gondoskodást végzők gazdasági, kulturális és társadalmi tőkével való ellátottsága, másrészt pedig azt, hogy hogyan válhat a gondoskodás maga is tőkévé. (Huppatz 2009, O'Brien 2009). Az egyének a folytonos gondoskodásba kötöttségnek köszönhetően ugyanis egyszerre előállítói és felhasználói is a gondoskodói erőforrásoknak. Így például a gyerekek körüli teendőkbe besegítő barát lehetőséget teremt arra, hogy az így felszabaduló időben bevásároljak az idős szüleimnek, vagy orvoshoz menjek. Az elérhető formális gondoskodás lehetővé teszi, hogy az informális gondoskodók a munkaerőpiacon is jelen legyenek, fizetett munkához jussanak. Mindemellett a gondoskodás szakértelmet, megfelelő ismereteket kíván, amit vagy személyesen kell elsajátítani a gondoskodást végzőknek, vagy meg kell

vásárolniuk a számukra szükséges gondoskodást a piacon. A gondoskodói tőke tehát más tőkékké transzformálható, befektethető, felhalmozható, elosztása pedig meghatározott mintázatot ölt a társadalom különböző csoportjaiban és mezőiben.

Lynch a gondoskodói tőke kapcsán (melyre a nurturing capital kifejezést használja) felhívja a figyelmet arra, hogy annak kifejeződési formái a gondoskodás mindhárom szférájában megtalálhatók. Így például fogyatékkal élő gyermeket nevelő szülők esetében a családon belüli napi szintű segítség, az akadálymentesen kialakított helyi játszótér és a munkába állást megkönnyítő állami programok a gondoskodás más-más szférájához kapcsolódó támogatási formák, amelyek az érintettek gondoskodói erőforrásaiként működhetnek. Azaz, akinek sok van gondoskodásból, az többet fordíthat saját gondoskodói tevékenységére, több gondoskodást és gondoskodói tőkét adhat tovább (Lynch 2007).

A szülői gondoskodói szereppel összefüggésben több szerző a társadalmi tőke koncepcióját alkalmazza fogalmi keretként. A gondoskodási tőke ebben a megközelítésben a gondoskodásban hasznosuló, a gondoskodáshoz szükséges kapcsolati tőkét jelenti, melynek vizsgálata során a Bourdieu-i mellett más tőke-megközelítések is helyet kapnak. Így többek között a „kötés-jellegű”, összetartó kapcsolatok és az összekötő, „híd-kapcsolatok” elemzése (Putnam 2000), illetve formális/informális tőke formák azonosítása (Brisson 2009) tovább árnyalja a gondoskodói erőforrásokról alkotott képet. Ennek példaként említhetjük Chou és Kröger kutatását, akik a fogyatékkal élő gyerekeket nevelő szülők gondoskodói munkáját elemzik, felnőtt értelmi sérült gyermeket egyedül nevelő, dolgozó anyák gondoskodói tőke-mintázatának vizsgálata során. A szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy státuszuk kettős stigmatizáltságából és az állandósult gondoskodói szerepükből adódóan az érintett anyák alig rendelkeznek a gondoskodásban hasznosuló kapcsolatokkal. A formális és informális gondoskodási tőkeformák (előbbi a formális gondoskodás szolgáltatásaihoz való hozzáférést, utóbbi pedig a gondoskodás informális forrásainak elérhetőségét jelenti) hiánya egyszerre látható, s egyedül a munkahely révén aktivizálódó támogató kapcsolatok kompenzálják ezt a hiányt. Emellett a vallásos hit, illetve a gyermekükkel kialakított szoros kapcsolatra tekintenek erőforrásként, a mindennapokban működő motivációként (Chou és Kröger 2014).

A Bourdieu-i tőke-típusok kiterjesztésével egyéb olyan tőkeformák is kidolgozásra kerülnek, amelyek segítségével pontosabban megragadhatók a

gondoskodás gyakorlatát alakító erőforrások. Reay az érzelmi tőke fogalmát idézi fel és dolgozza ki részletesen (Reay 2000, 2005). Meglátása szerint bár Bourdieu maga nem beszél erről a tőkeformáról, de közvetett módon mégis helyet teremt számára (például a családot valódi csoporttá formáló, szolidaritásra, önfeláldozásra ösztönző szimbolikus és tényleges tevékenységekre utalva, melyeket elsősorban a nőkhöz kapcsol (Bourdieu 2002). A Helga Nowotny-tól (1981) származó meghatározást bemutatva az érzelmi tőkét a társadalmi tőke egy formájaként definiálja. Ez a tőke inkább a magánélet, mintsem a társadalmi nyilvánosság szférájához kapcsolható, a családi és közeli baráti kapcsolatok mentén érvényesül. Mindazokat az érzelmi erőforrásokat foglalja magában, amelyeket törődésviszonyainkban hasznosítunk, másokra fordított idő, gondoskodás, figyelem formájában (Nica 2022). Sajátos tudásokból, kapcsolatokból, emocionális készségekből tevődik össze, amely bármely érzelmi kötelékek által egybefűzött kapcsolati hálóban megtalálható. Társadalmilag tradicionálisan nők állítják elő, és sok tekintetben nehezebben konvertálható közvetlenül más tőkékeformákhoz képest, főként azért, mert erősen a magánélethez kötődik, kifelé láthatatlan (Reay 2005).

A témában született újabb munkák kevésbé elszigeteltnek látják az érzelmi tőkét. Az oktatáskutatásban többek között a szülők (főként az anyák) gyermekeik iskolai előmenetelében, iskolaválasztásában betöltött szerepének vizsgálata során kapott teret az érzelmi erőforrások mozgósításának elemzése (O'Brien 2009). A gyerekek iskolai tanulmányait támogató szülői gondoskodó munka érzelmi komponense erős, s igen szerteágazó gyakorlatokból tevődik össze, melyek formáját és tartalmát meghatározza, hogy milyen mértékig képesek mozgósítani a szülők a rendelkezésükre álló más tőkéket, s azt is, hogy mennyire képesek ezt a gondoskodást az oktatási mezőben hasznosítani. O'Brien elemzése szerint a középosztálybeli anyákhoz képest az alacsonyabb társadalmi státuszú szülők nagyobb érzelmi tőke-befektetés mellett kevésbé sikeresek gyermekeik tanulásának támogatásában, mert kevésbé tudnak egyéb olyan tőkeformákhoz hozzáférni, amelyek fontos szerepet töltenek be az iskolai sikeresség biztosításában (O'Brien 2009).

Bár az érzelmi és gondoskodási tőke fogalma átfedi egymást, de jelentésük mégsem teljesen azonos. Közös pontjuk, hogy mindkét tőkeforma összekapcsolja az egyéni erőforrásokat a társadalom makro-struktúráival, azokkal az erőkkel, amelyek a társadalmi rendet, kohéziót és a társadalmi egyenlőtlenségeket alakítják (Cottingham 2016). Az érzelmek épp annyira kulturális mintákon alapulnak, mint amennyire személyesen megformáltak, és

nélkülözhetetlenek kötődéseink fenntartásában és a társadalmi szerepeink, így a gondoskodói szerep megvalósításában. Az érzelmi tőke azt az érzelmi befektetést jelenti, ami gondoskodás biztosításához szükséges (O'Brien 2009). Három fő komponense az érzelmekhez kapcsolódó tudás, az érzelmek kezelésének, menedzselésének készsége és az érzelmi kapacitás, melyek egyszerre játszanak szerepet az egyén csoporthoz tartozásában és az én működésében (Cottingham 2016).

A gondoskodásba fektetett érzelmi munka és az ehhez szükséges érzelmi tőke jelentősége ellenére Lynch mégis különbséget tesz a gondoskodói tőke és az érzelmi tőke fogalma közt. Ahogyan ez már a gondoskodás gondozás/törődés dimenziói közti különbségtevésnél is megfogalmazódott, a gondoskodás egy bizonyos helyzetben kimerülhet praktikus gondozói feladatok ellátásában, és nem feltétlenül kapcsolódik hozzá mélyebb érzelmi elköteleződés (Lynch 2007).

Az egészség és gondoskodás térbeli egyenlőtlenségei

A TEAM ECD modell (Siddiqi és munkatársai 2007) a családon kívül további befolyásrétegeket is felsorol, ezek egyikét a kora gyermekkori programok alkotják. A komplex, participáción alapuló, közösségi igényekhez szabott és egészségfejlesztési fókuszú korai intervenciók jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni, hiszen kompenzálhatják az egyéni gondoskodás-deficitből adódó hátrányokat. Ezen túl a modell az egyes földrajzi léptékek gondoskodási erőforrásait is górcső alá veszi, a modell külső befolyásrétegeit így a lokális/regionális, országos és globális környezetek adják. A területi és társadalmi egyenlőtlenségek egymással szorosan összefonódó jelenségek. Egy adott térség gazdasági, társadalmi és infrastrukturális adottságai, valamint a hatalmi térben elfoglalt pozíciója (Faragó 2016) megszabja az ott élők számára elérhető gondoskodási erőforrások mértékét. Feltételezhetjük ugyanakkor, hogy a helyi adottságok a szocioökonómiai helyzettől függően eltérő jelentőséggel bírnak a fejlődés alakulására nézve. Az alacsony társadalmi-gazdasági pozíció nagyobb kiszolgáltatottságot, a magasabb szocioökonómiai státusz nagyobb függetlenséget adhat egy adott térség nyújtotta gondoskodási struktúrától (Szirmai 2015:424). Fontos látnunk, hogy a lakosság iskolázottsági és jövedelmi viszonyai maguk is újratermelik a területi hátrányokat, mintegy konzerválva a kitörés gátjait és lehetőségeit.

A makrotársadalmi strukturális kontextus - a CSDH modellhez hasonlóan - a TEAM-ECD modellben is az okok okaként, a társadalomra jellemző

(egyenlőtlenségi) viszonyok alakításában játszik szerepet. A gyermekjólétre a legjelentősebb hatást gyakorló intézkedések a jövedelemtranszferek (pl. adókedvezmények), a foglalkoztatáspolitikai, a gyermekgondozási szabadság, valamint más olyan intézkedések, amelyek elősegítik például a kisgyermekes anyák foglalkoztatását, támogatják a koragyermekkorai nevelés és gondozás folyamatát illetve erősítik a prevenciót (például a serdülőkori terhességek számának csökkentése) (Kamerman és munkatársai 2003, idézi Siddiqi és munkatársai 2007). Mindezekon túl a szupranacionális, kormányközi entitások, valamint a nemzetközi szakmai, civil, jótekonysági és tudományos szervezetek szerepe elsősorban abban állhat, hogy egyezmények, ajánlások, programok révén promotálhatják a gyermekjólét és a kora gyermekkorai egészség globális fejlődését.

A gondoskodási egyenlőtlenségekkel foglalkozó fentebb bemutatott munkákban a helyi, országos és globális szint közötti határ képlekenyebb, és sokkal inkább a gondoskodással kapcsolatos egyenlőtlenségek egyes rétegeként értelmeződik. Ennek megfelelően a gondoskodási egyenlőtlenségek egyes léptékei közötti kölcsönhatások kerülnek a figyelem középpontjába, szorosan összefonódva a szociális viszonyok és a gazdasági érdekek alakulásával. A gondoskodáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek alakulásában jelentkező új mintázatok a nyugati társadalmak gondoskodási krízisét mutatják, ez a krízis azonban számos globális következménnyel is jár. A gazdag országokban kialakuló gondoskodási deficit globális gondoskodási (és ezzel együtt nemi) egyenlőtlenségek kialakulásához vezet (Hochschild 1995). Ebben a folyamatban a gondoskodás-hiány enyhítésére a nagyobb jóléttel jellemezhető országok elszívják a szegény országok gondoskodói rétegét alkotó (dominánsan, de nem kizárólag női) munkaerőt, akiket az otthoni rossz munkakörülmények és megélhetési lehetőségek is a külföldi munkavállalás felé tolnak. Ilyenformán anyagilag támogatni tudják ugyan otthon maradt családtagjaikat, ám mindez az informális és a formális gondoskodás területén is hiányt szül és újabb egyenlőtlenség forrásává válik a kibocsátó országokban. A fizetett és a nem fizetett gondoskodói munkán alapuló, világot átívelő kapcsolati láncot nevezi Hochschild globális gondoskodói láncnak (Hochschild 1995, Ehrenreich és Hochschild 2003, Nadasen 2017). Ezek a láncok nem csak globális léptékűek lehetnek. Kialakulhatnak a rurális és az urbanizált területek között egy adott (akár szegény) országon belül, vagy a szegény és kevésbé szegény régiók viszonylatában is. A láncolatok kialakulásuk oka, összekötő ereje is igen

változatos, ahogyan az azt alkotó „láncszemek”, személyek száma, kora vagy neme is. Tulajdonképpen egymástól függő, egymásra épülő, egymásról gondoskodó gondozói pozíciók kapcsolódnak itt össze (Hochschild 2015). A gondoskodási láncokról folyó tudományos viták azonban lényeges megállapításokkal szolgálnak a gondoskodói munka és a gondoskodást végzők társadalmi és anyagi megbecsültségének kérdéseiben, mely a gondoskodás terén érvényesülő egyenlőtlenségek meghatározó eleme. A gondoskodás relacionális jelenség, a gondoskodást nyújtó és a gondoskodást kapó személyek helyzete, lehetőségei kölcsönösen hatnak egymásra. Így a formális és az informális gondoskodók (egyébként egymást átfedő) csoportjának egzisztenciális kiszolgáltatottsága a tőlük gondoskodást kapók sérülékenységének is forrása.

Összegzés

Áttekintésünkben sorra vettük a kora gyermekkori fejlődést alakító környezet egyes elemeit és ezek gondoskodási adottságait (nurturant qualities). Noha a korai életévekben a közvetlen hatásokra helyeződik nagyobb hangsúly, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a tágabb környezet szerepét a fejlődési útvonalak alakulásában. A fejlődés disztális meghatározói közül felidézhetjük például a lakókörnyezeti ártalmak, a gyermeknevelési-gondozási teendőkbe besegítő ismerősök, vagy a gyermekek után járó ellátások szerepét. Míg a TEAM-ECD modellben a befolyásrétegek egymásba ágyazottan, de viszonylag autonóm arénaként, lineáris ok-okozati láncolatba kapcsoltnak működnek - lehetővé téve az egyes környezetekhez kapcsolódó determinánsok szétszálazását -, a gondoskodás elméleti keretében összefüggések, kölcsönhatások és körkörös oksági összefüggések tárulnak fel a makro-és mikrostrukturális tényezők, valamint a gondoskodást nyújtók és kapók között. Bemutattuk, hogy ez utóbbi megközelítésben a strukturális determinánsok egy jelentős része közvetetten, a gondoskodást nyújtók gondoskodási kapacitásán keresztül fejt ki a hatását, amely következésképpen annak függvényében alakul, hogy ők maguk milyen más befolyás-szférákhoz kapcsolódó informális és formális erőforrásokra támaszkodhatnak. A gondoskodási kapacitást alakító tőkéik társadalmi csoportok közötti megoszlása leképezi a társadalmi törésvonalakat, és gondoskodás egyenlőtlenségeket eredményez a gondoskodást nyújtók és kapók vonatkozásában egyaránt. A gondoskodáselmélet lencséjén keresztül a gondoskodás ugyanakkor tőkeként is elgondolható, melynek kapcsán a gondoskodási egyenlőtlenségek néhány térbeli törésvonalát fedtük fel.

A hazai kedvezőtlen halandósági viszonyok és egészségi állapot háttérben az egészség társadalmi és területi törésvonalai húzódnak meg. Az egészséget alakító folyamatok a korai fejlődés kritikus időszakában gyökereznek. E két közhellyé ismételt tételmondat összeolvasása nemcsak azt implicálja, hogy a kora gyermekkori fejlődés az egészség egyik társadalmi meghatározója, hanem azt is, hogy már a csecsemők és a kisgyermekesek egészségi állapotában is jelentős társadalmi egyenlőtlenségek mutatkoznak hazánkban. Ezek komoly érvként száltak amellett, hogy a gyermekkori fejlődés legfőbb társadalmi meghatározóját, a gondoskodást helyezzük dolgozatunk középpontjába. Tanulmányunkban két, az Egészségügyi Világszervezet égisze alatt kidolgozott keretmodellt - CSDH és TEAM-ECD modellt - és azokat a kutatási eredményeket ismertettük, amelyek igyekeznek magyarázatot adni a kora gyermekkori egészség-egyenlőtlenségekre. Noha a kora gyermekkori fejlődés társadalmi meghatározójáról szóló TEAM-ECD modell középpontjában a gondoskodás áll, nem nyújt elég fogódzót e komplex, egész életünket átszövő, társas viszonyainkat mélyen átható és testi, lelki, szociális jóllétünkhöz nélkülözhetetlen jelenség társadalmi beágyazottságának megértéséhez.

Dolgozatunkban arra tettünk kísérletet, hogy a gondoskodási egyenlőtlenségek koncepcióival és megközelítéseivel e sémákat plasztikusabbá, árnyalatabbá, élővé tegyük, és hogy közelebb kerüljünk annak a megértéséhez, hogyan lehet a gyermekek életkörülményeit és környezetét úgy alakítani, hogy csökkenjenek a közöttük lévő egyenlőtlenségek. Ennek a jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni a generációk óta szegénységi csapdában rekedt, kiszolgáltatott helyzetű társadalmi csoportokban. Kitörésüket a marginális helyzetből sok esetben a társadalmi tőke és a kohézió erodálódása is nehezíti. A súlyos erőforrás és támaszhiány drámai mértékű deprivációt valószínűsít a gondoskodás terén (is), amely mielőbbi beavatkozást sürget. Meglátásunk szerint a szükséges intervenciók túlmutatnak a kora gyermekkori programokon. Indokoltnak tartjuk a társadalmi intézmények és szakpolitikák elmozdulását a gondoskodás-központúság irányába. Ehhez kapcsolódnak a téma lehetséges főbb kutatási irányai is: a gondoskodás-központúság (jóság)mutatóinak konceptualizálása, a társadalmi működés, társadalmi intézmények és szakpolitikák gondoskodási adottságainak (nurturant qualities) vizsgálata hazai vagy nemzetközi összevetésben.

Felhasznált irodalom

1. Acsády Judit (2014): A gondoskodás társadalmi konstrukciója. Replika, 85-86(24). 147-164.
2. Antal Z. László (2017): A gyógyítás társadalmi beágyazottsága. Budapest, Argumentum Kiadó.
3. Bagyura Márton; Leleszi-Tróbert Anett Mária; Széman Zsuzsa (2023): A gondozás hatása a családi gondozók érzelmi jóllétére és egészségére: Állapotfelmérés a COPE Index alapján. Orvosi Hetilap, 164(40). 1583-1591.
4. Ben-Shlomo Y; Kuh D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. International Journal of Epidemiology, 31(2). 285-293.
5. Blas E; Kurup A.S. (eds.) (2010): Equity, social determinants and public health programmes. Genf, WHO.
6. Bourdieu P. (2002): A gyakorlati észjárás. Budapest, Napvilág Kiadó.
7. Brisson D. (2009): Testing the Relationship of Formal Bonding, Informal Bonding, and Formal Bridging Social Capital on Key Outcomes for Families in Low-Income Neighborhoods. The Journal of Sociology & Social Welfare, 36(1). 167-183.
8. Bryant L; Garnham B. (2016): Bounded choices: The problematisation of longterm care for people ageing with an intellectual disability in rural communities. Journal of Rural Studies, 51(4). 259-266.
9. Chou Y.C; Kröger T. (2014): Reconciliation of work and care among lone mothers of adults with intellectual disabilities: The role and limits of care capital. Health & Social Care in the Community, 22(4). 439-448.
10. Cottingham M.D. (2016): Theorizing emotional capital. Theory and Society, 45(5). 451-470.
11. Davis-Kean P.E; Tighe L.A; Waters N.E. (2021): The Role of Parent Educational Attainment in Parenting and Children's Development. Current Directions in Psychological Science, 30(2). 186-192.
12. Downie R.S; Telfer E. (2021): Caring and curing. A Philosophy of Medicine and Social Work. London, Routledge.

13. Duncan G.J; Magnuson K.A. (2003): Off with Hollingshead: Socioeconomic resources, parenting, and child development. In: Bornstein, M. H; Bradley R. H. (eds.): Socioeconomic status, parenting, and child development. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 83-106.
14. Ehrenreich B; Hochschild A.R. (2003): Global woman: Nannies, maids, and sex workers in the new economy. New York, Metropolitan Books.
15. Evans G.W; Kantrowitz E. (2002): Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure. *Annual Review of Public Health*, 23(1). 303-331.
16. Faragó László (2016): Társadalmi-területi egyenlőtlenségek. *Tér és Társadalom*, 30(3). 118-123.
17. Felitti V.J; Anda R.F; Nordenberg D; Williamson D.F; Spitz A.M; Edwards V; Koss M.P; Marks J.S. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4). 245-258.
18. Finch J; Groves D. (eds.) (1983): *A Labour of Love: Women, Work, and Caring*. London, Routledge.
19. Graham H. (1983): *Caring: A Labour of Love*. In Finch, J; Groves, D. (eds.): *A Labour of Love. Women, Work and Caring*. London, Routledge. 13-31.
20. Hajdu Tamás; Kertesi Gábor (2023): Társadalmi különbségek a gyermekek egészségi állapotában Magyarországon a 21. század második évtizedében (Working Paper No. KRTK-KTI WP-2023/13). Budapest, Hungarian Academy of Sciences, Institute of Economics, Centre for Economic and Regional Studies.
21. Heckman J. (2011): The economics of inequality: The value of early childhood education. *American Educator*, 35(1). 31-47.
22. Hochschild A. R. (1995): The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2(3). 331-346.
23. Hochschild A. R. (2015): Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In Engster D; Metz T. (eds.): *Justice, Politics, and the Family*. London, Routledge. 249-261.
24. Huppatz K. (2009): Reworking Bourdieu's 'Capital': Feminine and Female Capitals in the Field of Paid Caring Work. *Sociology*, 43(1). 45-66.

25. Jansen T; Rademakers J; Waverijn G; Verheij R; Osborne R; Heijmans M. (2018): The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Services Research*, 18(1). 394.
26. Kamerman S; Neuman, M; Waldfogel J; Brooks-Gunn J. (2003): Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries. In: *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 6. Paris, OECD Publishing.
27. Kiss Jenő (2018): A kontextuális lelkipozícióról dióhéjban. *Embertárs*, 14(1). 3-9.
28. Kittay E. F. (1999): *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. London, Routledge.
29. Kopp Mária; Skrabski Árpád (1995): *Magyar lelkiállapot*. Budapest, Végeken Kiadó.
30. Kottow M.H. (2001): Between caring and curing. *Nursing Philosophy*, 2(1). 53-61.
31. Kröger T. (2010): Lone mothers and the puzzles of daily life: Do care regimes really matter? *International Journal of Social Welfare*, 19(4). 390-401.
32. Kröger T. (2022): *Care Poverty: When Older People's Needs Remain Unmet*. Cham, Palgrave Macmillan.
33. Kröger T; Puthenparambil J. M; Aerschot L.V. (2019): Care poverty: Unmet care needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*, 3(4). 485-500.
34. Lynch K. (2007): Love labour as a distinct and non-commodifiable form of care labour. *The Sociological Review*, 55(3). 550-570.
35. Moravcsik-Kornyicki Ágota; R. Fedor Anita (2021a): Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae et Sociologica*, 12 (32). 24-49.
36. Moravcsik-Kornyicki Ágota; R. Fedor Anita (2021b): A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei. *Statisztikai Szemle*, 99(8). 759-782.
37. Nadasen P. (2017): Rethinking Care: Arlie Hochschild and the Global Care Chain. *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 45(3). 124-128.

38. Nagy Éva (2021): Az autonómia és a gondoskodás fogalmai a szülőség kontextusában. *Socio.hu -Társadalomtudományi Szemle*, 11(4). 85-113.
39. Nagy Éva; Horkai Anita (2021): Parental caringscapes - the analyses of mothering practices in local community contexts. *Acta Medicinae et Sociologica*, 33(12). 125-143.
40. Nelson C.A; Gabard-Durnam L.J. (2020): Early Adversity and Critical Periods: Neurodevelopmental Consequences of Violating the Expectable Environment. *Trends in Neurosciences*, 43(3). 133-143.
41. Nica A. (2022): Reconceptualising emotional capital and intimacy using a sociological lens: the Authentic Revolution. *Emotions and Society*, 4(1). 69-89.
42. Nowotny H. (1981): Women in Public life in Austria. In: Epstein-Fuchs C; Coser L. R. (eds.): *Access to Power: Cross-National Studies of Women and Elites*. London, George Allen & Unwin. 147-156.
43. O'Brien M. (2009): The Impact of Economic, Social, Cultural and Emotional Capital on Mothers' Love and Care Work in Education. In Lynch K.; Baker J.; Lyons M.; Cantillon S.; Walsh J.; Feeley M.; Hanlon N.; O'Brien M. (eds.), *Affective Equality: Love, Care and Injustice*. London, Palgrave Macmillan. 158-179.
44. Olsen J.A; Chen G.; Lamu A.N. (2023): The relative importance of education and health behaviour for health and wellbeing. *BMC Public Health*, 23(1). 1981-1990.
45. Phillips J. (2007): *Care*. Cambridge, Polity Press.
46. Putnam R.D. (2000): *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Touchstone Books, Simon & Schuster.
47. Reay D. (2000). A useful extension of Bourdieu's conceptual framework? Emotional capital as a way of understanding mothers' involvement in their children's education? *The Sociological Review*, 48(4). 568-585.
48. Reay D. (2005). Gendering Bourdieu's concepts of capitals? Emotional capital, women and social class. *The Sociological Review*, 52(s2). 57-74.
49. Reijneveld S.A; Brugman E.; Verhulst F.C; Verloove-Vanhorick S.P. (2005): Area deprivation and child psychosocial problems: A national cross-sectional study among school-aged children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1). 18-23.

50. Ross C.E.; Wu C.-I. (1995): The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5). 719-745.
51. Rummery K.; Fine M. (2012): Care: A Critical Review of Theory, Policy and Practice. *Social Policy & Administration*, 46(3). 321-343.
52. Siddiqi A.; Irwin L.; Hertzman C. (2007): Total environment assessment model for early child development: Evidence report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership.
53. Siddiqui F.; Salam R.A.; Lassi Z.S; Das J.K. (2020): The Intertwined Relationship Between Malnutrition and Poverty. *Frontiers in Public Health*, 2020(8). 453.
54. Szilvási Léna (2011): Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok - a Magyar Biztos Kezdet program előzményei és megvalósulása. In: Danis Ildikó; Farkas Mária; Herczog Mária; Szilvási Léna (szerk.): *Biztos Kezdet Kötetek I. Génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. 28-75.
55. Szirmai Viktória (2015): Hogyan juthatunk el a területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-létig? In: Szirmai Viktória (szerk.) *A területi egyenlőtlenségektől a társadalmi jól-lét felé*. Székesfehérvár, Kodolányi János Főiskola. 417-430.
56. Solar O.; Irwin A. (2010): A Conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2., Debates, Policy & Practice*. Genf, WHO.
57. Super C.M; Harkness, S. (2002): Culture Structures the Environment for Development. *Human Development*, 45(4). 270-274.
58. Takács Judit (2021): A „gond(ozás)talán állampolgárság” felé? Előszó "A gondoskodás(hiány) szociológiája" tematikus számhoz. *Socio.hu - Társadalomtudományi Szemle*, 11(4). 20-26.
59. Tóth Ildikó (2020): Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség - legújabb fejlemények. In: Danis Ildikó; Németh Tünde; Prónay Beáta; Góczán-Szabó Ildikó; Hédervári-Heller Éva (szerk.): *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. - Fejlődéseméletek és empirikus eredmények*. Budapest, Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet. 244-268.

-
60. Tronto J.C. (1993): *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, Routledge.
 61. Ujhelyiné Nagy Anikó; Kuritárné Szabó Ildikó (2020): Az ártalmas gyermekkori élmények hatása a felnőttkori egészségi állapotra - szakirodalmi összefoglaló. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 21(1). 1-36.
 62. Ungerson C. (2005): *Care, Work and Feeling*. *The Sociological Review*, 53(2_suppl). 188-203.
 63. Vitrai József (2011): *Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői* - doktori értekezés. Pécs, PTE-ETK, Egészségtudományi Doktori Iskola.
 64. Wickham S.; Whitehead M.; Taylor-Robinson D.; Barr B. (2017): The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *The Lancet Public Health*, 2(3). e141-e148.



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (32-47)

doi:

10.19055/ams.2024.11/29/2

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Társállatokkal kapcsolatos attitűdök és a mentális egészség összefüggése egy empirikus vizsgálat keretében

Pikó Bettina¹, Palkovics Éva²

¹Egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged 6722, Mars tér 20. ORCID iD: 0000-0002-3072-9615

²Rezidens orvos, Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged 6722, Mars tér 20. ORCID iD: 0009-0001-7118-1959

INFO

Pikó Bettina
fuznc.piko.bettina@med.u-
szeged.hu

Keywords
companion animals
mental health
pet therapy

ABSTRACT

Attitudes related to companion animals: In our study, we examined the relationships between dealing with companion animals and mental health. The aim was to analyze associations of attitudes related to pets with life satisfaction, and symptoms of depression and anxiety. In our online, cross-sectional survey, 297 participants were included (89.5% females, aged between 18 and 85 years), the data were collected in the second half of the year 2023. The attitudes related to pets were measured by using the CENSHARE Pet Attachment Scale which involved eight factors using exploratory factor analysis. The attitudes of attachment and closeness showed a positive relationship with life satisfaction. Time spent with pets and dealing and communicating with them was negatively associated with life satisfaction and well-being, and positively with depression and anxiety. For those who are prone to depression and less satisfied with their life, dealing with pets may serve as a therapy, except for stemming from hypocrisy.

Kulcsszavak
társállatok
mentális egészség
állatterápia

Absztrakt Tanulmányunkban a társállatokkal való foglalkozás és a mentális egészség kapcsolatát vizsgáltuk. Célunk volt a házikedvencekkel kapcsolatos attitűdök összefüggésének elemzése az élettel való elégedettséggel, depressziós és szorongásos tünetekkel. Online keresztmetszeti vizsgálatunkban 297 fő vett részt (89,5% nő, 18-85 évesek), az adatgyűjtésre 2023. második felében került sor. A házikedvencekkel kapcsolatos attitűdöket a CENSHARE Pet Attachment Scale segítségével mértük fel, amelyet explorációs faktoranalízissel elemezve nyolc faktor alkotott. A kötődés és a közelség attitűdök az élettel való elégedettséggel pozitív kapcsolatot mutattak. Az időtöltés, az állatokkal való foglalkozás és kommunikáció negatívan függött

össze az étellel való elégedettséggel és a jóllétel, és pozitívan a depresszióval, szorongással. A depresszióra hajlamos, életükkel elégedetlenebb emberek számára az állatokkal való foglalkozás terápiaként is szerepelhet, kivéve, ha képmutatásból fakad.

Beérkezett: 2024.07.13.

Bírálat: 2024.08.10.

Elfogadva: 2024.08.16.

Bevezetés

"Az állatok közelségében az emberek is megnyílnak, és a legőszintébb énjüket mutatják" (Philipp Scott)

Magyarországon egy 2022-ben történt nemzetközi felmérés szerint az egy háztartásban élő minimum egy kutya (Bedford 2023a), illetve macska (Bedford 2023b) aránya a háztartások 35%-át érinti. Fontos tehát tudnunk, milyen szerepet játszanak életünkben, illetve egészségünkben a társállatok, hozzájárulnak-e életminőségünk javulásához. Az elmúlt évtizedekben egyre népszerűbb témává vált a társállatok (főként kutya és macska) és az ember közötti kapcsolat, és ennek összefüggése a mentális egészséggel (Wells 2009). Egy korai kutatás például igazolta, hogy a háziállattartás hozzájárulhat a túléléshez a szív- és érrendszeri megbetegedések esetén (Friedmann és munkatársai 1980). Ez a felfedezés további kutatásokat hozott magával. Az egyik leglényegesebb tanulmány egy klinikai vizsgálat volt, ahol stresszben gazdag munkakörben dolgozó, vérnyomáscsökkentő gyógyszert szedő embereket osztottak be két csoportba, állattartó és nem állattartó csoportba. Hat hónappal később, egy generált stresszhelyzetben, kisebb vérnyomás-emelkedést tapasztaltak az állattartó csoportban, mint a csak vérnyomáscsökkentőt fogyasztó kontrollok körében, azaz a mentális stresszt az állattartó csoport sokkal jobban kezelte (Allen és munkatársai 2001). Egy másik tanulmány szerint, a háziállatok csökkenthetik a kockázatot az asztma vagy az allergiás rhinitis kialakulásában, az első életévben. Itt a kutya- és macskatartókat hasonlították össze, azonos életkorú embereket mindkét csoportban. A macskatartók között az eredmények ellentmondásosak voltak, azonban a kutyatulajdonosok körében csökkent a szénhidrogén kockázata (Simpson és Custovic 2008).

A korai kutatásokat követően egyre több tanulmány jelent meg a társállatok pozitív szerepéről, ami nemcsak a fizikai egészségre gyakorol hatást, hanem a mentális egészségre is, különösen a depresszióra és a szorongásra (Peacock, Chur-Hansen és Winefield 2012). Legutóbb a covid járvány alatt igazolták,

hogy a társállatok tulajdonosai a lezárás alatt kedvezőbb egészségmagatartást (pl. több fizikai aktivitást) tanúsítottak, kedvezőbb érzelmi állapotról és szociális kapcsolatokról számoltak be (Tan és munkatársai 2021). A háziállatok jelenléte vagy simogatása csökkenti a stresszt és növeli az érzelmi stabilitást, az önbizalmat, valamint az életminőséget, aminek pl. időskorban különösen nagy a jelentősége, a korral járó biológiai és pszichoszociális változásokkal való megküzdés során (Hui Gan és munkatársai 2020).

A társállattartás pozitív hatással van azokra is, akik mentális problémákkal küzdenek, segítenek a stressz csökkentésében, javíthatják az életminőséget, és elősegíthetik a társadalmi és közösségi interakciókat azáltal, hogy oldják a magányt, és értelmet adnak az életnek a gondoskodás útján (Brooks és munkatársai 2016; Brooks és munkatársai 2018). A kutyasétáltatás például kifejezetten társas tevékenység, segít csökkenteni az elszigetelődés és a magány érzését, ismeretségeket alapoz meg, s ezáltal a mentális egészség megőrzésében, illetve mentális problémák megelőzésében is kiemelt szerepe van (Cutt és munkatársai 2018). Egy gyermekeken végzett tanulmányban megvizsgálták, hogy milyen hatással van a szorongásos problémákkal küzdő kórházi kezelésben részesülő gyermekekre az állatterápia. Kimutatták, hogy a rövid állatterápia hatására szignifikánsan csökkent a szorongásérzetük és a tüneteik (Hinic és munkatársai 2019). Időseknél pedig egy kutatásban demencia, depressziós és pszichotikus tüneteket mutató idős emberek vettek részt, hogy felmérjék az élettel való elégedettségüket az állatterápia hatására. A pácienseken Mini-mental tesztet, valamint idős embereknek készített depresszió skálát töltöttek ki a 6 hetes állatterápia előtt és után. Kimutatták, hogy az állatterápiának pozitív hatása van a hosszú távú ellátást igénylő idős páciensek állapotára, javultak a depressziós tüneteik, valamint a kognitív funkciójuk is (Moretti és munkatársai 2011). Kutatások számoltak be arról is, hogy a házikedvenc-tartó tulajdonosok magasabb önbizalommal, pozitívabb hangulattal, nagyobb ambícióval rendelkeznek, összességében nagyobb mértékű az élettel való elégedettségük, és kevésbé érzik magányosnak magukat (Herzog 2011).

A kutatások tehát számos előnyt mutatnak be, amelyeket a társállatok társasága és gondozása nyújthat; a hozzájuk való kötődés ebben kulcsszerepet játszik (Lass-Hennemann és munkatársai 2022). Igazolták, hogy az oxitocinnak nemcsak az emberi kapcsolatokban van jelentősége, hanem az állatokhoz való kötődésben is (Julius és munkatársai 2013). Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kötődés nem csak pozitív lehet, a szorongással

jellemezhető kötődés alacsonyabb mentális jóllétet eredményezhet, amihez a kutya vagy a macska túlzott aktivitása vagy (az elvárthoz képest) nem megfelelő viselkedése is hozzájárulhat. Mindez azonban nem független a tulajdonos személyiségétől, amennyiben a neuroticizmusra hajlamos vagy alacsony szociális igényű egyén kevésbé képes megtalálni a társállat személyiségének megfelelő kapcsolódást (Ståhl és munkatársai 2023). Ennek akár az állatok agresszívvá válása is lehet a következménye (Gobbo és Zupan 2020). Szükség van tehát a társállat és tulajdonosa személyisége közötti megfeleltetésre, hogy a jótékony hatások igazolást nyerjenek.

A jelen kutatás célja az volt, hogy megvizsgáljuk a társállatot tartók attitűdjeit, valamint ezek összefüggését mentális egészségükkel. A leíró adatokon túl (háziállatokkal kapcsolatos információk, valamint a megkérdezettek egészségi állapota) ezért kapcsolatot is kerestünk a pszichológiai skálák és az attitűdök között.

Anyag és módszerek

Minta

Adatgyűjtésünket 2023. második felében végeztük, amely 2023.08.10. és 2023.11.20. zajlott egy online kérdőív (Google Form) formájában különböző, állatokkal kapcsolatos közösségi oldalakon, amit 282-en töltöttek ki értékelhető módon. Az adatgyűjtés anonimizált módon történt 18-85 éves állattartók körében. A résztvevőket jellemző demográfiai adatok részletes leírását lásd az 1. táblázatban. A kitöltők 89,7% nő, 10,3% férfi, ami az online adatgyűjtés esetében gyakori nemi megoszlás. A válaszadók 30,5%-a egyetemi diplomával, 24,1%-a pedig főiskolai diplomával rendelkezik, a kitöltők 10,3%-a posztgraduális képzésen vesz/vett részt. Ebből látható, hogy a kitöltők 64,9%-a diplomás. A legmagasabb elért végzettség 33,7%-uknál az érettségi volt, míg a válaszadók 1,4%-ának 8 általános végzettsége van. Lakóhely szerint a válaszadók többsége, 41,8%-a városban, 29,4%-a a fővárosban, 11,3%-a pedig megyeszékhelyen lakik. Tehát a kitöltők többsége nagyvárosban vagy a fővárosban él, 17,4%-uk pedig községben vagy faluban lakik. A legtöbben (37,6%-uk) egy állattal rendelkeznek, többségben (89,8%) kutyával, 38,7% macskával, de más állat is előfordult kis százalékban, pl. madarak, kételtűek, hüllők, rágcsálók és halak.

1. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői (N = 282)

	Jellemzők	n (%)
Nem		
	Férfi	29 (10,3)
	Nő	253 (89,7)
Életkori szakaszok		
	18-25 év	62 (22,0)
	26-35 év	41 (14,5)
	36-45 év	58 (20,6)
	46-55 év	70 (24,8)
	56-65 év	38 (13,5)
	66-75 év	11 (3,9)
	76-85 év	2 (0,7)
Legmagasabb iskolai végzettség		
	Általános iskola	4 (1,4)
	Érettségi	95 (33,7)
	Főiskola	68 (24,1)
	Egyetem	86 (30,5)
	Posztgraduális képzés	29 (10,3)
Lakóhely		
	Község, falu	49 (17,4)
	Város	118 (41,8)
	Megyeszékhely	32 (11,3)
	Főváros	83 (29,4)

Mérőeszközök

A házikedvencekkel kapcsolatos attitűdöket a *CENSHARE Pet Attachment Scale* kérdéseivel mértük fel (Holcomb, Williams és Richards 1985; Westgarth és munkatársai 2013), amely egy 27 itemből álló, Likert-típusú skála. A feladat a következő volt: „Gondoljon a kedvenc háziállatára. A következő kijelentésekben jelölje be Önre mennyire igazak az állítások az alábbi egytől (szinte soha) négyes (szinte mindig) skála alapján.” Az állítások a házikedvencekhez való kötődés mértékéről adnak felvilágosítást, pl. „Családjában Önt szereti a legjobban a házikedvence” vagy „Minden nap

játszik és foglalkozik kedvencével”. A fordítást a skálák adaptálási kritériumainak figyelembe vételével a szerzők végezték.

A *WHO Well-Being* skála 5 tételes változata (Susánszky és munkatársai 2006) az általános jóllét mérésére szolgált, amely az elmúlt két hétre vonatkozóan fogalmaz meg öt állítást (pl. „Az elmúlt két hét során érezted-e magad aktívnek és ébernek?”). A válaszokat 4-fokú Likert-skálán (1 = „egyáltalán nem jellemző”, 4 = „teljesen jellemző”) lehet értékelni. A skála megbízhatóságát jellemző Cronbach alfa értéke a saját mintával, $\alpha=0,84$ lett.

Az *Élettel való Elégedettség Skála* (*Satisfaction with Life Scale*, SWLS) (Diener és munkatársai 1985; Martos és munkatársai 2014) öt tételt tartalmaz (pl. „Az életkörülményeim kiválóak.”), amelyet a válaszolók egy hétfokú skálán (1 = „egyáltalán nem értek egyet”, 7 = „teljes mértékben egyetértek”) értékelnek. Az összpontszám a válaszok összegzéséből alakul ki, így a magasabb érték magasabb élettel való elégedettséget jelez. A skála megbízhatóságát jellemző Cronbach alfa értéke a saját mintával, $\alpha=0,90$ lett.

A *Rövidített Beck Depresszió Skála* segítségével mértük fel a depressziós tüneteket (Rózsa és munkatársai 2001): a 9-itemes skála a depresszió jellegzetes tüneteire kérdez rá, pl. a szociális visszahúzódásra. A kérdéseket egy 0-tól („egyáltalán nem jellemző”) 3-ig („teljesen jellemző”) terjedő skálán lehet megválaszolni. Az összesített pontérték 27 lehet. A skála megbízhatóságát jellemző Cronbach alfa értéke a saját mintával, $\alpha=0,86$ lett.

Végül, a szorongás vizsgálata és mérése során a *Beck Szorongás Skálát* alkalmaztuk (Perzel-Forintos, Kiss és Ajtay 2012), amely 21 tünetből álló leltár, 0-3 pont között mérve a tünetek súlyosságát. A skála megbízhatóságát jellemző Cronbach alfa értéke a saját mintával, $\alpha=0,91$ lett.

Eredmények

A 2. táblázat a házikedvencekkel kapcsolatos attitűdök explorációs faktoranalízisének eredményeit tartalmazza a faktorok sajátértékeivel (az 1-nél nagyobb sajátérték kritériuma alapján), és az egyes faktorváltozókhoz tartozó faktorsúlyokkal ($\geq 0,3$ értékeket feltüntetve).

A faktoranalízis nyolc faktort különített el:

- Az első faktor (sajátértéke: 3,09) a Kötődés nevet kapta, amely olyan attitűdökből állt össze, mint például „Inkább a házikedvencével van együtt, mint a legtöbb emberrel a környezetében” vagy „Amikor rosszul érzi magát, házikedvencével próbál vigasztalódni”.

- A második faktor (sajátértéke: 2,79) az Időtöltés és foglalkozás néven szerepel. Itt olyan attitűdöket különítünk el, mint például „Minden nap játszik és foglalkozik házikedvencével.”, „Mindennap idomítja, neveli háziállatát” és „Ápolja, tisztítja háziállatát.”
- A harmadik a faktor (sajátértéke: 2,65) a Közelség nevet kapta, itt olyan attitűdökről beszélünk, mint „Szereti, ha házikedvence az Ön közelében alszik.” és „Szereti, ha kedvence az Ön ágyán alszik”, valamint „Szereti, ha kedvence az Ön közelében van (amikor például tv-t néz, olvas vagy tanul)”.
- A következő, negyedik faktor (sajátérték: 2,15) a Kommunikációról lett elnevezve. Erre az attitűdre olyan viselkedésformák jellemzőek, mint pl. „Hazaérkezéskor a házikedvence üdvözli.”, „Házikedvence észreveszi a hangulatának változását.”, valamint „Úgy beszél házikedvencéhez, mint barátaihoz”.
- Az ötödik faktor (sajátértéke: 1,68) az Elhanyagolás és bántalmazás nevet kapta. Itt olyan attitűdöket különítünk el, mint „Ha kedvence rosszul viselkedik, megüti.” és „A kedvence nyűg és zavarja Önt.”
- A hatos faktor (sajátértéke: 1,59) a Közeledés és kapcsolat nevét kapta. Ide a „Játszik kedvencével, amikor közeledik Önhöz.” és „Házikedvence próbál közel maradni Önhöz, így követi” attitűd tartozik.
- A hetes faktor (sajátértéke: 1,38) a Bizalom nevet kapta. Ide olyan viselkedések tartoznak, mint „Házikedvence figyel Önre és szót fogad.” vagy „Megbízik házikedvencében.”
- A nyolcadik faktorra (sajátértéke: 1,23) a Képmutatás elnevezés lett jellemző. Ide tartozik pl. az a viselkedés, hogy „Barátainak képeket mutat házikedvencéről”. Ugyanakkor a kötődésre jellemző faktorok, pl. a „Házikedvence figyel Önre és szót fogad Önnek” állítás negatív előjellel szerepel.

2. táblázat: A társállatokkal kapcsolatos attitűdök explorációs faktorelemzésének eredményei (végső rotált struktúra a sajátértékekkel és faktorsúlyokkal)

1. FAKTOR <i>Kötidés</i> (sajátérték: 3,09)	2. FAKTOR <i>Időtöltés, foglalkozás</i> (sajátérték: 2,79)	3. FAKTOR <i>Közelség</i> (sajátérték: 2,65)	4. FAKTOR <i>Kommunikáció</i> (sajátérték: 2,15)	5. FAKTOR <i>Elhanyagolás, bántalmazás</i> (sajátérték: 1,68)	6. FAKTOR <i>Közeledés, kapcsolat</i> (sajátérték: 1,59)	7. FAKTOR <i>Bizalom</i> (sajátérték: 1,38)	8. FAKTOR <i>Képmutatás</i> (sajátérték: 1,23)
5. Úgy beszél házikedvencéhez, mint a barátaihoz (0,40)	1. Családjában Önt szereti a legjobban a házikedvence (0,42)	14. Hazaérkezésekor kedvencét köszönti először (0,45)	4. Hazaérkezésekor kedvence üdvözlí (0,65)	13. Figyelman kívül hagyja kedvencét, ha az közeledik Önhöz (0,39)	9. Játszik házikedvencével, amikor az közeledik Önhöz (0,64)	7. Házikedvence figyel Önre, és szót fogad Önnek (0,60)	1. Családjában Önt szereti a legjobban a házikedvence (-0,52)
11. Barátainak képeket mutat házikedvencéről (0,34)	2. Túlságosan elfoglalt, hogy időt töltsön a házikedvencével (-0,68)	18. Inkább a házikedvencével van együtt, mint a legtöbb emberrel a környezetében (0,34)	5. Úgy beszél házikedvencéhez, mint a barátaihoz (0,50)	19. Ha a házikedvence rosszul viselkedik, megüti (0,70)	13. Figyelman kívül hagyja kedvencét, ha az közeledik Önhöz (-0,71)	8. Megbízik házikedvencében (0,85)	7. Házikedvence figyel Önre, és szót fogad Önnek (-0,39)
16. Ajándékokat vásárol háziállatának (0,52)	3. Minden nap játszik és foglalkozik kedvencével (0,77)	21. A házikedvencét családtagnak tekinti (0,35)	6. Házikedvence észreveszi a hangulatának változását (0,69)	20. A házikedvence egy nyűg, és zavarja Önt (0,72)	14. Hazaérkezésekor kedvencét köszönti először (0,45)		11. Barátainak képeket mutat házikedvencéről (0,57)
17. Amikor rosszul érzi magát, házikedvencével próbál vigasztalódni (0,85)	10. Minden nap idomítja/neveli háziállatát (0,67)	24. Szereti, ha kedvence az Ön közelében alszik (0,76)	7. Házikedvence figyel Önre, és szót fogad Önnek (0,43)	27. Nem szereti, ha kedvence túl közel kerül Önhöz (0,56)	15. Kedvence próbál közel maradni Önhöz, így követi Önt (0,48)		
18. Inkább a házikedvencével van együtt, mint a legtöbb emberrel a környezetében (0,56)	11. Barátainak képeket mutat házikedvencéről (0,33)	25. Szereti, ha kedvence az Ön ágyán alszik (0,74)	14. Hazaérkezésekor kedvencét köszönti először (0,35)				
22. Amikor szomorúnak érzi magát, házikedvencével próbál vigasztalódni (0,84)	12. Ápolja, tisztítja házikedvencét (0,66)	26. Szereti, ha kedvence az Ön közelében van. (pl.: amikor tv-t néz, olvas vagy tanul) (0,65)	15. Kedvence próbál közel maradni Önhöz, így követi Önt (0,40)				
23. Szomorúnak érzi magát, ha nincs mellette a házikedvence (0,50)		27. Nem szereti, ha kedvence túl közel kerül Önhöz (-0,38)	16. Ajándékokat vásárol háziállatának (0,38)				

Ezt követően korrelációelemzést végeztünk a faktorváltozók és a pszichológiai skálák között, a változók közötti kapcsolatok megállapítására (3. táblázat).

A kötődés attitűd az étellel való elégedettséggel mutatott pozitív kapcsolatot ($r = 0,19$, $p < 0,001$). A időtöltés, az állatokkal való foglalkozás negatív összefüggést jelzett az étellel való elégedettséggel ($r = -0,14$, $p < 0,05$) és a jólléttel ($r = -0,15$, $p < 0,05$), valamint pozitív a kapcsolat a depresszióval ($r = 0,12$, $p < 0,05$). Ez arra utalhat, hogy a depresszióra hajlamos, életükkel elégedetlenebb emberek többet foglalkoznak az állataikkal, mintegy erőt merítve a velük való kapcsolatból, ami egyfajta terápiaként is szerepelhet. A közelség attitűd pozitív korrelációt mutatott az étellel való elégedettséggel ($r = 0,12$, $p < 0,05$) és a jólléttel ($r = 0,13$, $p < 0,01$) és negatív a szorongással ($r = -0,13$, $p < 0,05$). A kommunikáció pozitív módon függ össze a szorongással és a depresszióval, és negatívan az étellel való elégedettséggel, és szintén negatív a kapcsolat a jóllét és a bizalom között. A képmutató viselkedés a depresszióval pozitívan ($r = 0,12$, $p < 0,05$), az étellel való elégedettséggel és a jólléttel negatív módon függ össze.

3. táblázat: A változók közötti korrelációs kapcsolatok

	Élettel való elégedettség	WHO Jóllét	Beck szorongás skála	Beck depresszió
Kötődés	0,19***	0,06	-0,11	-0,11
Időtöltés, foglalkozás	-0,14*	-0,15*	0,10	0,12*
Közelség	0,12*	0,13**	-0,13*	-0,05
Kommunikáció	-0,16**	-0,07	0,13*	0,18**
Elhanyagolás, bántalmazás	0,02	-0,04	0,03	0,03
Közeledés, kapcsolat	-0,03	-0,04	0,07	0,08
Bizalom	-0,09	-0,13*	0,04	0,07
Képmutatás	-0,16**	-0,13*	0	0,12*

Korrelációs együtthatók. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A kötődés attitűd az étellel való elégedettséggel mutatott pozitív kapcsolatot ($r = 0,19$, $p < 0,001$). A időtöltés, az állatokkal való foglalkozás negatív összefüggést jelzett az étellel való elégedettséggel ($r = -0,14$, $p < 0,05$) és a jólléttel ($r = -0,15$, $p < 0,05$), valamint pozitív a kapcsolat a depresszióval ($r = 0,12$, $p < 0,05$). Ez arra utalhat, hogy a depresszióra hajlamos, életükkel elégedetlenebb emberek többet foglalkoznak az állataikkal, mintegy erőt merítve a velük való kapcsolatból, ami egyfajta terápiaként is szerepelhet. A közelség attitűd pozitív korrelációt mutatott az étellel való elégedettséggel ($r = 0,12$, $p < 0,05$) és a jólléttel ($r = 0,13$, $p < 0,01$) és negatív a szorongással ($r = -0,13$, $p < 0,05$). A kommunikáció pozitív módon függ össze a szorongással és a depresszióval, és negatívan az étellel való elégedettséggel, és szintén negatív a kapcsolat a jóllét és a bizalom között. A képmutató viselkedés a depresszióval pozitívan ($r = 0,12$, $p < 0,05$), az étellel való elégedettséggel és a jólléttel negatív módon függ össze.

Összegzés

Az empirikus kutatásunk célja a társállatokkal való foglalkozás és a mentális egészség kapcsolatának vizsgálata volt. A két általunk vizsgált mentális állapot-mutató olyan betegségekhez kapcsolódik, mint a szorongásos zavarok, amely az erőteljes félelmet és szorongást jelenti, valamint a depresszió, amely a hangulatrendszer szabályzásának zavara. Előzetes tanulmányokra támaszkodva, melyek a háziállatokkal való kapcsolat összefüggését vizsgálták az étellel való elégedettséggel, depresszióval és a szorongással (Brooks és munkatársai 2016; Brooks és munkatársai 2018; Peacock, Chur-Hansen és Winefield 2012), feltételeztük, hogy a háziállatokkal való foglalkozás a saját kutatásunkban is kapcsolatban áll a jólléttel, a depresszióval és a szorongással. A kutatások azonban arról is beszámoltak, hogy ez a kapcsolat attól is függ, hogy a kötődés vagy a negatív viselkedés áll az előtérben (Gobbo és Zupan 2020; Julius és munkatársai 2013; Ståhl, Salonen és munkatársai, 2023). Saját kutatásunk mindkét szakirodalmi eredményt igazolta.

A háziállatokkal kapcsolatos attitűdöket faktoranalízissel vizsgálva 8 faktort különítettünk el: Kötődés, Időtöltés, Kommunikáció, Elhanyagolás, Közeledés, Bizalom, Képmutató. E faktorokat tovább vizsgáltuk a különböző tesztek alapján mért változókkal (Élettel való elégedettség, WHO jóllét, Beck szorongás, Beck depresszió) összefüggésben, hogy miként korrelálnak egymással. A Kötődés és a Közeledés, időtöltés faktorok az étellel való

elégedettséggel pozitívan korreláltak. Ebből arra következtethetünk, hogy azok, akik kötődnek a háziállatukhoz, például, ha szomorúak, hozzá fordulnak, szeretnek a kedvencükkel időt tölteni, elégedettebbnek érzik az életüket, és a jóllétérzésük is magasabb. A Közelség faktornál hasonlóan láthatjuk, hogy az állatok közelsége fokozza a jóllétet és az élettel való elégedettséget (lásd Herzog, 2011). Valamint ez a faktor negatív összefüggést mutatott a szorongással. Ennek értelmezéséhez egy korábbi vizsgálatra hivatkozunk, amely arról számolt be, hogy az állatokhoz való kötődés csökkenti a szorongásérzést (Hinic és munkatársai 2019).

Az időtöltésnél és a foglalkozásnál pozitív korrelációt tapasztaltunk a depresszióval, és negatív korrelációt az élettel való elégedettséggel és a jólléttel. Valószínű, hogy a kitöltők, akik depressziós jeleket mutatnak és elégedetlenek az életükkel, többet foglalkoznak a házikedvencükkel, így próbálják csökkenteni a depressziós tüneteket. Fontos tisztázni, hogy a teszt nem diagnosztikus értékű, továbbá a kitöltő nem azért depressziós, mert több időt tölt a házikedvencével, hanem inkább az feltételezhető, hogy a depressziós tünetei miatt foglalkozik többet a háziállatával, mivel így társaságot talál, és növekedik az önbizalma (Moretti és munkatársai 2011; Wisdom, Saedi és Green 2009). Ez egyfajta terápiás hatást is jelenthet a számára. Ehhez hasonlóan a Kommunikáció faktor szintén a depresszióval és a szorongással korrelált pozitívan, és az élettel való elégedettséggel negatívan. A depresszió és a szorongás tüneteit mutató kitöltők nagyobb valószínűséggel elégedetlenek az életükkel, és többet kommunikálnak házikedvencükkel, mint más emberekkel.

Végül, a képmutatás tényezőnél negatív korrelációt látunk a jólléttel és az élettel való elégedettséggel, és pozitív korrelációt a depresszióval. Azoknak a kitöltőknek, akik csak felszínesen foglalkoznak az állataikkal, és fontosabbnak tartják, hogy pl. naponta posztoljanak róluk a közösségi médiában, mint a valódi foglalkozást, nagyobb valószínűséggel vannak depressziós tünetek, és kevésbé elégedettek az életükkel és jóllétükkel.

A kutatás magyarországi viszonylatban hiánypótló, mert annak ellenére, hogy sokan tartanak társállatot otthonukban, kevés kutatás készült a témakörben. Ugyanakkor kutatásunkat számos korlát övezte. A kérdőívet online formában folytattuk, így a mintavétel kényelmi. Bár itt meg kell jegyezni, hogy olyan platformokat kerestünk az adatfelvételhez, amelyek kifejezetten az állattartókat célozták. A keresztmetszeti adatgyűjtés szintén korlátot jelent. Fontos emiatt kiemelni hátrányként, hogy az elemzések nem

mutatnak ok-okozati viszonyokat, például a kitöltő nem azért mutatja a depresszió jeleit, mert több időt tölt házikedvencével, hanem nagy valószínűséggel éppen fordítva. Valamint ez a kérdőív egy pillanatnyi állapotot mutat, nincs mihez viszonyítani a változásokat, a kitöltők a kitöltés pillanatában átélt gondolataikat jegyezték le. Végül a depresszió és a szorongás itt nem betegségeket, hanem csak önbevalláson alapuló tüneteket jeleznek. A résztvevők saját bevallásuk szerint válaszoltak, amit annak ellenére, hogy anonim módon történt, a társadalmi hatások is befolyásolhatják, a kitöltő magának jelölheti be a válaszait, így szépíthet is rajtuk. Mivel a kitöltők állattulajdonosok voltak, az eredményeket nem lehet összehasonlítani a nem állattartókéval.

E felsorolt korlátok mellett a dolgozat erőssége az állat-ember kapcsolatnak a mentális egészséggel való összefüggése terén végzett empirikus vizsgálat, ami hazánkban még egyáltalán nincs elterjedve, nemzetközileg is kuriózum, bár egyre több hasonló kutatásra kerül sor. A jövőben a háziállatokkal kapcsolatos attitűdök, valamint a mentális egészség kapcsolatát érdemes lenne kontrollcsoporttal vizsgálni, és longitudinális formában összehasonlító vizsgálatokat folytatni ugyanazon csoportokon, több férfi válaszoló bevonásával.

Javaslatok

A mentális egészség egy olyan állapot, ahol az egyén felismeri a jólléti állapotát, tisztában van saját képességeivel, a ezáltal képes leküzdeni a különböző megpróbáltatásokat (World Health Organization 1984). A kutatásunk során, online kérdőív segítségével a társállatokkal való viselkedés, a hozzájuk fűződő attitűdök és a válaszolók mentális egészségi állapota között kerestünk összefüggéseket.

Kimutatható, hogy a házikedvencekhez való kötődés összefügg az étellel való elégedettséggel. Igazoltuk továbbá a háziállatokkal való időtöltés és a depressziós tünetekkel való összefüggést: akiknek ilyen érzési vannak, kevésbé elégedettek az életükkel és „terápiaként” háziállataikkal töltenek több időt. Hasonló kapcsolat látható a kommunikációval: azok, akik szoronganak, és depressziós tüneteik vannak, elégedetlenek az életükkel, többet kommunikálnak házikedvencükkel, ők jelenthetik számukra „terápiás” szempontból a társaságot. A csak képmutatásból állatokat tartók pedig kevésbé elégedettek az életükkel, és nem érzik jól magukat, depressziós tüneteik vannak. A kutatás eredményei rámutatnak annak jelentőségére, hogy érdemes

a mentális egészségre ható prevenció és terápiás módszerek között a háziállatokkal való foglalkozás pozitív hatásait is vizsgálni. A szorongó és depressziós tüneteket mutató emberek esetében a háziállatok javíthatják az általános jóllétüket és önbizalmukat, ha egészséges, valódi kötődést alakítunk ki velük.

A háziállatok és a mentális egészségre gyakorolt hatásaikról szóló ismeretek sajnos ma Magyarországon nincsenek még elterjedve a köztudatban. A téma mélyebb megismerése és további kutatása, majd a megelőzés és a gyógyítás folyamatába való bevezetése sokat segíthetne a mentális egészség fenntartásában, illetve a mentális betegségekben küzdő egyének esetében az életminőség javításában.

Felhasznált irodalom

1. Allen K; Shykoff B.E; Izzo Jr. J.L. (2001): Pet Ownership, but not Ace Inhibitor Therapy, Blunts Home Blood Pressure Responses to Mental Stress. *Hypertension* 38(4): 815-820. <https://doi.org/10.1161/hyp.38.4.815>
2. Bedford E. (2023a): Dog Ownership in the European Union 2022, by country. Statista. <https://www.statista.com/statistics/515475/dog-ownership-european-union-eu-by-country/>
3. Bedford E. (2023b): Cat Ownership in the European Union 2022, by country. Statista. <https://www.statista.com/statistics/515464/cat-ownership-european-union-eu-by-country/>
4. Brooks H.L; Rushton K; Lovell K; Bee P; Walker L; Grant L; Rogers A. (2018): The Power of Support from Companion Animals for People Living with Mental Health Problems: A Systematic Review and Narrative Synthesis of the Evidence. *BMC Psychiatry* 18: 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1613-2>
5. Brooks H; Rushton K; Walker S; Lovell K; Rogers A. (2016): Ontological Security and Connectivity Provided by Pets: A Study in the Self-Management of the Everyday Lives of People Diagnosed with a Long-Term Mental Health Condition. *BMC Psychiatry* 16: 409. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1111-3>
6. Cutt H.E; Giles-Corti B; Wood L.J; Knuiman M.W; Burke V. (2008): Barriers and Motivators for Owners Walking their Dog: Results from Qualitative Research. *Health Promotion Journal of Australia* 19(2): 118-1124. <https://doi.org/10.1071/he08118>
7. Diener E; Emmons E.R; Larsen R.J; Griffin S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49(1): 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
8. Friedmann E; Katcher A.H; Lynch J.J; Thomas S.A. (1980): Animal Companions and One-Year Survival of Patients after Discharge from a Coronary Care Unit. *Public Health Reports* 95(4): 307-312.
9. Gobbo E; Zupan M. (2020): Dogs' Sociability, Owners' Neuroticism and Attachment Style to Pets as Predictors of Dog Aggression. *Animals* 10: 305. <https://doi.org/10.3390/ani10020315>

10. Herzog H. (2011): The Impact of Pets on Human Health and Psychological Well-Being: Fact, Fiction, or Hypothesis? *Current Directions in Psychological Science* 20(4): 236-239. <https://doi.org/10.1177/0963721411415220>
11. Hinic K; Kowalski M.O; Holtzman K; Mobus K. (2019): The Effect of a Pet Therapy and Comparison Intervention on Anxiety in Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 46: 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.003>
12. Holcomb R; Williams R.C; Richards P.S. (1985): The Elements of Attachment: Relationship Maintenance and Intimacy. *Journal of the Delta Society* 2: 28-34.
13. Hui Gan G.Z; Hill A-M; Yeung P; Keesing S; Netto J.A. (2019): Pet Ownership and its Influence on Mental Health in Older Adults. *Aging & Mental Health* 24(10): 1605-1612. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1633620>
14. Julius H; Beetz A; Kotrschal K; Turner D; Uvnäs-Moberg K. (2013): Attachment to Pets: An Integrative View of Human-Animal Relationships with Implications for Therapeutic Practice. Cambridge, MA, Hogrefe.
15. Lass-Hennemann J; Schäfer SK; Sopp MR; Michael T. (2020): The Relationship between Attachment to Pets and Mental Health: The Shared Link via Attachment to Humans. *BMC Psychiatry* 22: 586. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04199-1>
16. Martos Tamás; Sallay Viola; Désfalvi Judit; Szabó Tünde; Ittész András (2014): Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői, Mentálhigiéne és Pszichoszomatika 15(3): 289-303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
17. Moretti F; De Ronchi D; Bernabei V; Marchetti L; Ferrari B; Forlani C; Negretti F; Sacchetti C; Atti AR. (2011): Pet Therapy in Elderly Patients with Mental Illness. *Psychogeriatrics* 11(2): 125-129. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x>
18. Peacock J; Chur-Hansen A; Winefield H. (2012): Mental Health Implications of Human Attachment to Companion Animals. *Journal of Clinical Psychology* 68: 292-303. <https://doi.org/10.1002/jclp.20866>
19. Perzel-Forintos Dóra; Kiss Zsófia; Ajtay Gyöngyi (szerk.) (2012): Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában, Semmelweis Kiadó, Budapest.

20. Rózsa Sándor; Szádóczky Erika; Füredi János (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 16(4): 379-397.
21. Simpson A; Custovic A. (2005): Pets and the Development of Allergic Sensitization. *Current Allergy and Asthma Report* 5: 212-220. <https://doi.org/10.1007/s11882-005-0040-x>
22. Ståhl A; Salonen M; Hakanen E; Mikkola S; Sulkama S; Lahti J; Lohi H. (2023): Pet and Owner Personality and Mental Wellbeing Associate with Attachment to Cats and Dogs. *iScience* 26(12): 108423. <https://doi.org/10.1016/j.isci.2023.108423>
23. Susánszky Éva; Konkoly Thege Barna; Stauder Adrienne; Kopp Mária (2006): A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(3): 247-255. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>
24. Tan J.S.Q; Fung W; Tan B.S.W; Low J.Y; Syn N.L; Goh Y.X; Pang J. (2021): Association between Pet Ownership and Physical Activity and Mental Health during the COVID-19 "Circuit Breaker" in Singapore. *One Health* 13: 100343. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100343>
25. Wells D.L. (2009): The Effects of Animals on Human Health and Well-Being. *Journal of Social Issues* 65: 523-543. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2009.01612.x>
26. Westgarth C; Boddy L.M; Stratton G; German A.J; Gaskell R.M; Coyne K.P; Bundred P; McCune S; Dawson S. (2013): Pet Ownership, Dog Types and Attachment to Pets in 9-10 Year Old Children in Liverpool, UK. *BMC Veterinary Research* 9: 102. <https://doi.org/10.1186/1746-6148-9-102>
27. Wisdom J.P; Saedi G.A; Green C.A. (2009): Another Breed of "Service" Animals: STARS Study Findings about Pet Ownership and Recovery from Serious Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 79(3): 430-436. <https://doi.org/10.1037/a0016812>
28. World Health Organization (1984): *Health Promotion: A WHO Discussion on the Concept and Principles*, Geneva, Author. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>



Acta Medicinae et Sociologica
(2024)
Vol. 15. No. 39. (48-68)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/3

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Nők és férfiak egészségmagatartása a digitális térben: tények, trendek 2021-ben és 2024-ben - reprezentatív, lakossági minta eredményei alapján

Győrffy Zsuzsa¹, Döbrössy Bence², Wernigg András³, Girasek Edmond⁴

¹Habilitált egyetemi docens, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest, VIII. Nagyváradi tér 4.,

ORCID iD 0000-0001-6866-4653

²Egyetemi tanársegéd, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest, VIII. Nagyváradi tér 4.,

ORCID iD 0000-0002-1937-1528

³Kutatási asszisztens Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest, VIII. Nagyváradi tér 4.,

ORCID iD 0009-0002-1792-0105

⁴Egyetemi docens, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest, VIII. Nagyváradi tér 4.,

ORCID iD 0000-0002-0579-6592

INFO

Győrffy Zsuzsa
gyorffy.zsuzsanna@semmelweis.hu

Keywords

digital health,
illness behavior,
attitudes,
gender differences

ABSTRACT

Health Behaviors of Women and Men in the Digital Space: Facts and Trends in 2021 and 2024 - Results from a Representative Population Sample"

Introduction: The health and illness behavior of women and men is an important area of study in the sociology of health. Digital health solutions have an impact on these phenomena as well.

Methods: Our research is based on 2 representative population-based questionnaire surveys, which were done in 2021 (n= 1500) and 2024 (n=1100) respectively. In our study we used descriptive methods to analyze online health-related information seeking behavior, digital health-related options and tools.

Results: The results show that although women continue to make a higher use of some digital health solutions such as e-prescription and telemedicine, the gap between men and women has decreased in other areas such as transferring health data, while men took the lead in smart device use. Population data for 2024 indicate that the gap between men

and women in the use of health information resources has also narrowed significantly.

Summary: Our 2021 research shows a clear female dominance in both online health information searching and using digital solutions. By 2024, these differences have narrowed significantly, and digital health solutions have become part of everyday life. This is indicated by the almost 80% awareness and use of e-prescription, online appointment booking and EESZT.

Kulcsszavak

digitális egészség,
betegviselkedés,
attitűdök,
nemi különbségek

Absztrakt:

Bevezetés: A nők és férfiak egészségmagatartásának és betegviselkedésének kérdései az egészségpszichológia fontos vizsgálati területe. A digitális egészségügyi megoldások feltételezhetően ezekre a jelenségekre is hatással bírnak. Tanulmányunkban azt a kérdést igyekszünk körüljárni, hogy a nők és a férfiak digitális egészséggel kapcsolatos használati szokásaiban (online egészséggel kapcsolatos információ keresése, digitális eszközhasználat) milyen hasonlóságok és különbségek vannak.

Módszer: Kutatásunk reprezentatív, lakossági kérdőíves felméréseken alapul, melyeket 2 időpontban 2021-ben (n=1500) és 2024-ben (n=1100) vettünk fel. Vizsgálatunkban az online, egészséggel kapcsolatos információkeresés, a digitális egészséggel kapcsolatos lehetőségek és eszközök használati szokásait elemeztük, deskriptív módszerekkel.

Eredmények: Eredményeink azt mutatják, hogy a nők 2021-ben nagyobb arányban használják a digitális egészségügyi eszközök egy részét, azonban a férfiak és nők közötti különbségek néhány területen, például az adatok továbbításában, csökkentek, az okoseszközök terén pedig a férfiak vették át a vezető szerepet 2024-ben. A legfrissebb adatok szerint a nemi különbségek az egészségügyi információs források használatában is csökkenő trendet mutatnak.

Összegzés: 2021-es kutatásunk női dominanciát mutat az egészséggel kapcsolatos információkeresés és a digitális megoldások használata terén. Ugyanakkor ezek a különbségek 2024-re csökkentek, egyben mutatja, hogy a digitális egészség megoldások a hétköznapiak részévé váltak.

Beérkezett: 2024.10.01.

Bírálat: 2024.10.15.

Elfogadva: 2024.11.04.

A kutatás az „E-orvosok és e-páciensek Magyarországon: a digitalizáció szerepe és lehetőségei az egészségügyben” című, OTKA-FK 134372. számú NKFIH-program támogatásával készült.

BEVEZETÉS

Az egészségi állapot, az egészség- és betegviselkedés különbségei a két nem között az orvosi szociológiai kutatások egyik alapkérdése. „A nők megbetegszenek, a férfiak pedig meghalnak” metaforában nagyon plasztikusan összegződnek ezek a különbségek: utalva arra, hogy a nemek között jelentős eltérés van a mortalitásban és a morbiditásban, amelynek hátterében -tértől és időtől függetlenül- a biológiai tényezőknek is szerepük van, de a különbségek elsősorban társadalmi, szociális és magatartási tényezők hatására formálódnak. Ha a 65 év előtt bekövetkezett, korai halálozás adatait tekintjük át Magyarországon, akkor látható, hogy a férfiak gyakrabban esnek áldozatul a daganatos, a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek vagy légzőszervi megbetegedéseknek, valamint gyakoribb a dohányzásnak vagy külső okoknak tulajdonítható halálozás, mint pl. a közlekedési balesetek. Lényegesen gyakoribb a férfiak körében az elkerülhető halálozások száma is, amely a megfelelő egészségügyi ellátás igénybevételével megelőzhető lenne (Csizmadia és Balku 2016). A szakirodalmi adatok ugyanakkor azt mutatják, hogy a nők általában proaktívabb egészségviselkedést tanúsítanak, mint a férfiak, amelyben a meghatározó háttérváltozók a társadalmi szerepek (pl. a gondozói) és nagyobb arányú egészségtudatosság (Scrambler és Scrambler 2018).

E kontextusban fontos vizsgálati terület az egészségmagatartás kérdése, amely mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához (Boros 2005). Ha az egészségmagatartáson belül az egészség- és betegviselkedés területét tekintjük át, akkor számos kutatás támasztja alá azt, hogy a nők az egészségügyi információk keresésében, a prevenció különböző színterein vagy akár a családok egészségmenedzsmentjében kulcsszerepet töltenek be (Ek 2015; Jia, Pang és Liu 2021). A betegviselkedés magában foglalja azt is, hogy az egyének hogyan érzékelik, értékelik és reagálnak a tünetekre, és ez a terület szintén jelentős nemi különbségeket mutat. Számos ország, különböző felmérése igazolja, hogy a háziorvosi- és a szakorvosi rendeléseken jóval kevesebb férfi jelentkezik egészségi problémáival, illetve kevesebben vesznek részt a szűrővizsgálatokban, mint a nők. Green és Pope (1999) 22 éves longitudinális tanulmányukban azt találták, hogy a nők nagyobb valószínűséggel veszik igénybe az egészségügyi ellátást, ezt az eredményt minden más

szociodemográfiai tényezőkre is kontrollálták. Bishop és Lewith (2008) a komplementer és alternatív gyógyászat (CAM) használatát vizsgálták, és azt találták, hogy a CAM-felhasználók jellemzően nők, középkorúak és magasabban kvalifikáltak. Úgy találták, hogy a nők nemcsak általában gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, CAM-ot is nagyobb arányban használják. Hasonlóan, Modica, Ferratini és munkatársai (2014) azt találták, hogy a nők nagyobb mértékű bevonódást, diszfóriát, szorongást és depressziót mutattak szív-műtét után, mint a férfiak, akik inkább hajlamosak voltak a tagadásra. Ezek az eredmények azt jelzik, hogy a nők jobban odafigyelnek egészségi állapotukra, de egyúttal érzékenyebbek is az érzelmi distresszre, ami befolyásolhatja egészségviselkedésüket vagy akár a kezelési eredményeiket.

Godwin (2005) paradigmája szerint a nők családon belüli központi szerepe teszi lehetővé, hogy a családok egészségmenedzsereivé váljanak. Williams, Giddings és munkatársai (2017) egy új-zélandi tanulmányban azt találták, hogy az idősebb nők elsősorban saját felelősségüknek tekintik a végstádiumú gondozást, Sharma, Chakrabarti és Grover (2016) mentális betegeket gondozó családtagok közötti nemi különbségeket vizsgálták, megállapítva, hogy a nők tipikusan több időt töltenek a gondozással, különösen azzal, hogy személyes gondozási feladatokat látnak el. Ez a megnövekedett gondozási teher magasabb szintű mentális és fizikai megterhelést, valamint nagyobb pszichológiai distresszt okoz a nők számára a férfiakhoz képest. Hernández-Padilla, Ruiz-Fernández és munkatársai (2020) Alzheimer-kórban szenvedő betegek családtagjait vizsgálva azt találták, hogy a nők rosszabbnak ítélték meg egészségüket, és nagyobb gondozási túlterheltségről számoltak be, mint a férfiak.

Kérdés, hogy a fenti jelenségek hogyan alakulnak a digitális egészség világában.

A World Health Organisation (WHO) a digitális egészség fogalmát a következőképpen definiálja: *„digitális egészségügy és ellátás alatt azokat az eszközöket és szolgáltatásokat értjük, amelyek információs és kommunikációs technológiák (IKT) révén tökéletesítik a megelőzést, a diagnosztizálást, a kezelést, az egészséggel kapcsolatos kérdések nyomon követését és kezelését”*(WHO 2021). Ezen értelmezési keretben a digitális egészséggel kapcsolatos megoldások nem csupán a technológia alkalmazását jelentik a betegellátásban, hanem széleskörű lehetőséget mutatnak a prevenció

különböző szinterei, az egészségműveltség, az egészséges életmód vagy akár gondozás különböző szinterein (Chatterjee, Prinz és munkatársai 2021).

A digitális egészség nemi különbségekre irányuló vizsgálatok kirajzolódik, hogy a nők aktívabbak az online világban egészségügyi kérdésekben, mint a férfiak. Zhang, Guo és munkatársai (2014) kutatása szerint a nők nagyobb valószínűséggel keresnek egészséggel kapcsolatos információkat az interneten, mint a férfiak. A Data Report 2024 januári globális digitális felmérése alapján minden korcsoportban a nők nagyobb valószínűséggel ellenőrzik tüneteiket online, mint a férfiak (We are social and Meltwater 2024). Ez különösen érdekes annak fényében, hogy általánosságban a nők nem töltenek több időt az interneten, mint a férfiak. Bonacorssi, Guglielmo és munkatársai (2023) egy teljesen más populációt vizsgáltak, de hasonló eredményekre jutottak. Az olasz egyetemisták körében vizsgálták a nemi különbségeket az online egészségügyi információkeresés viselkedésében a COVID-19 első két hulláma között. Bár a férfi hallgatók magasabbnak ítélték digitális egészségtudatosságukat, a hallgatónők több COVID-19 információt kerestek, több forrást használtak, és gyakrabban kerestek információt mások számára is, mindezekkel párhuzamosan a női hallgatók gyakrabban voltak elégedetlenek a digitális források minőségével is. Egy 2018-as amerikai felmérés szerint, amelyet Escoffery (2018) végzett, a nők nagyobb valószínűséggel keresnek egészségügyi információkat az interneten, és gyakrabban rendelkeznek egészséggel kapcsolatos mobilalkalmazásokkal, mint a férfiak.

Az eHealth literacy nemi különbségeit vizsgálva Ozen (2021) felmérést végzett Törökországban. Az eredmények azt mutatták, hogy a nők magabiztosabbnak és képzetebbnak érezték magukat az online egészségügyi információkeresés terén. Bidmon és Terlutter 2015-ben végzett tanulmányában a nemek közötti különbségeket vizsgálták az online egészségügyi információkeresés és a virtuális beteg-orvos kapcsolat terén 1006 véletlenszerűen kiválasztott német beteg online felmérése alapján. Mint a többi vizsgált tanulmány, ez is arra az eredményre jutott, hogy a nők többet keresnek online egészségügyi információkat, szociális motivációból és „szórakozásból”. Pozitívabban álltak az online keresésekhez, és hasznosabbnak találták azokat, mint a férfiak. Ugyanakkor a nők kevésbé érezték magukat digitálisan kompetensnek. A nők jobb egészségtudatossággal rendelkeztek, míg a férfiak nyitottabbak voltak a telekonzultációkra.

Az idősebb felnőttek egészségügyi információ- és kommunikációtechnológia (IKT)-elfogadását vizsgálva Észtországban, Paimre (2022) felmérése a világvárvány alatt eltérő eredményeket hozott. Itt a nők nyitottabbak voltak a telekonzultációkra, míg a férfiak nagyobb affinitást mutattak az egészséggel kapcsolatos alkalmazások iránt, és több hozzáféréssel rendelkeztek digitális eszközökhöz.

A telemedicina területén kevesebb kutatás áll rendelkezésre. Neumann, König és munkatársai (2023) készített egy szisztematikus áttekintést a páciensek telepszichiátriai egészségügyi szolgáltatások használatának és elégedettségének meghatározóiról a COVID-19 pandémia idején. 11 az online és offline egészségügyi szolgáltatások használatának összefüggéseivel foglalkozó tanulmányt vizsgáltak. Hat tanulmány nem talált szignifikáns nemi különbségeket, négy tanulmány magasabb arányt talált női résztvevőknél, és egy tanulmány alacsonyabb használati arányt talált női résztvevők esetében.

A fenti vizsgálatok inspirálták jelen elemzésünket. Tanulmányunkban azt a kérdést igyekszünk körüljárni, hogy a nők és a férfiak digitális egészséggel kapcsolatos használati szokásaiban (online egészséggel kapcsolatos információ keresése, digitális eszközhasználat) milyen hasonlóságok és különbségek vannak.

MÓDSZER

Mintavétel és mérőeszközök

Első lakossági felmérés

2021 őszén az „E-orvosok és e-páciensek Magyarországon: a digitalizáció szerepe és lehetőségei az egészségügyben” (OTKA-FK 134372. számú, NKFIH által támogatott) kutatási program keretén belül országos reprezentatív kérdőíves felmérést végeztünk, telefonos megkereséssel (CATI), 1723 fő megkérdezésével. A minta nem, kor, településtípus és iskolai végzettség tekintetében rétegzett mintavételi eljárás alapján került kiválasztásra, és ezen szempontok szerint reprezentálja Magyarország nagykorú lakosságát. Az adatgyűjtést 2021. október 5. és 13. között az Ipsos Zrt. (Budapest) végezte (Girasek, Boros és munkatársai 2022).

A mintavételi keret 12 000 fő volt, véletlenszerűen kiválasztott, nyílt telefonos tudakozó adatbázisból, valamint 8000 fő pótminta volt a kiinduló minta. 11 733 válaszadó utasította el a kitöltést, 1293 fő pedig lemorzsolódott, de ennek túlnyomó része a mintavételi kvóta miatt történt. Az adatfelvétel

során 80% mobil- és 20% vezetékes telefon volt az elérések aránya. Az adatokon korrekciós súlyozást végeztünk a reprezentativitás javítása érdekében. Az elemzést 1500 főre számolt korrekciós súlyozással végeztük, így az elemzés során használt elemszám 1500 fő.

A 25 kérdésből álló, 15 perc hosszúságú, saját fejlesztésű kérdőív legfontosabb blokkjai az alábbiak voltak:

- szociodemográfiai adatok, az egészségi állapot alakulása,
- az egészségügyi célú internethasználat gyakorisága és a keresések jellege,
- a digitális egészségi technológiák ismerete és használata és ezekkel a megoldásokkal kapcsolatos attitűdök

Kérdőívünk az alábbi linken érhető el:

https://semmelweis.hu/digitalhealth/files/2022/02/Lakossagi-kerdoiv_final.pdf

Második lakossági felmérés

A felmérés a 2021-ben használt vizsgálat mérőeszközével az Ipsos Zrt. által programozott online kérdőíves felméréssel zajlott az Ipsos online válaszadói panel tagjainak a körében, összesen 1100 fő, 18+ éves hazai lakossági célcsoport megkérdezésével. Az 1100 főből az alapmintát egy 1000 fős kvótaminta képezte, ami nem, kor, településtípus, régió és iskolai végzettség dimenziók mentén reprezentatív a 18 éves és annál idősebb hazai lakosságra. További 100 fő, úgynevezett „senior boost” került megkérdezésre annak érdekében, hogy a 65 évesek és annál idősebbek megfelelő számban legyenek képviselve a mintában. Tanulmányunkban az 1000 főre súlyozott adatokat mutatjuk be.

Az adatfelvételre 2024. február 12-22. között került sor. A vizsgálat ugyancsak az „E-orvosok és e-páciensek Magyarországon: a digitalizáció szerepe és lehetőségei az egészségügyben” (OTKA-FK 134372. számú, NKFIH által támogatott program keretében valósult meg.

Statisztikai módszerek

A jelen közleményben az egészségügyi célú internethasználatnak és a digitális egészség témáinak az áttekintő elemzését tűztük ki célul a nemi különbségek fókuszba helyezésével. Az adatok elemzését az IBM Statistics (SPSS 27) statisztikai adatelemző szoftverrel végeztük. A statisztikai adatfeldolgozás során megoszlásokat, keresztábra elemzéseket és a megoszlások közti eltérések tesztelésére Z-próbákat végeztünk, melyekhez tartozó p-értékeket a

szövegben jelöltük. A statisztikai próbáink értelmezésénél 5%-os szignifikanciaszinten dolgoztunk.

Elemzésünk szerves részét jelentette a digitális egészségügyi eszközök ismeretének és használatának feltérképezése, mely jelenséghez a kérdőíveink három kérdése kötődik, melyek négy csoportra osztják a kérdezetteket. Először az eszközök ismeretéről kérdeztük meg alanyainkat, majd az eszközt ismerők között a használat felől érdeklődtünk, illetve az eszközt ismerő, de nem használó válaszadók között felmértük, hogy szeretnék-e a használni a jövőben azt. Ezen kérdések által az eszközöket nem ismerő, az eszközöket használó, az eszközöket jelenleg nem, de jövőben használó, illetve az eszközt ismerő, de a jövőben nem használó csoportok jöttek létre.

Eredményeink ismertetése során a digitális egészségügyi eszközök használatánál az eszközöket ismerők közötti megoszlásokat ismertetjük, viszont olyan esetekben, ahol az ismertségnek jelentős szerepe van az értelmezésben, ezeket szintén kiemeltük.

A kutatás TUKEB-engedéllyel rendelkezik, amelynek száma: IV-10927-1 TUKEB.

EREDMÉNYEK

Demográfiai profil

Mind a 2021-es, mind a 2024-es minta megoszlása nem, kor, iskolai végzettség és településtípus tekintetében teljes mértékben megfelel a magyar felnőtt (18 éves vagy idősebb) lakosságnak.

A minta demográfiai leírása 2021

A mintában a férfiak aránya 46,6%, a nők 53,4%. Életkor szerinti arányok: a válaszadók 18%-a 18-29 éves, 19,7%-a 30-39 éves, 16,1%-a 40-49 éves, 17,8%-a 50-59 éves és 28,3%-a 60 éves vagy idősebb. A válaszadók 27,5%-a legfeljebb 8 általánost, 22,5% szakmunkásképzőt, szakiskolát végzett, 32,0%-nak az érettségi a legmagasabb iskolai végzettsége, és 18% rendelkezik felsőfokú végzettséggel. A településtípus szerint a válaszadók 18,1%-a budapesti lakos, 18,0% megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 35,0% egyéb városban és 28,9% faluban, községben él.

A minta demográfiai leírása 2024

A mintában a férfiak aránya 47,4%, a nők 52,6%. Életkor szerinti arányok: a válaszadók 16,0%-a 18-29 éves, 15,7%-a 30-39 éves, 19,9%-a 40-49 éves,

16,3%-a 50-59 éves és 32,1%-a 60 éves vagy idősebb. A válaszadók iskolai végzettsége alapján 7,3% legfeljebb 8 általánost, 35,2% szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzett, 34,3% érettségizett, és 23,2% rendelkezik felsőfokú végzettséggel. A településtípus szerint a válaszadók 18,4%-a budapesti lakos, 17,9% megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban, 35,8% egyéb városban és 27,9% faluban, községben él.

Internethasználat, egészségügyi célú internethasználat és források

2021-es felmérésünk adatai alapján elmondható, hogy a válaszadók 81,3%-a használja az internetet, közel 90%-uk - egészséggel, betegséggel kapcsolatos keresésekben is. A megkérdezettek átlagosan 2,75-féle internetes forrásból tájékozódnak egészségügyi témákban, ugyanakkor a válaszadók egynegyede semmilyen internetes forrást nem használ egészségügyi célra. A nők szignifikánsan több internetes információforrásból tájékozódnak, mint a férfiak (2,98 vs. 2,47 ($p < 0,0001$)). Az életkor esetében az látszik, hogy a 18-29 évesek (3,32) és a 40-49 évesek (3,21) használják a legtöbb forrást, 60 év felett ez lényegesen kevesebb (1,77). Az internetes tájékozódás legfontosabb forrásai a weboldalak és a közösségi média; a válaszadók egyharmada ugyanakkor rendszeresen tájékozódik orvosi oldalakon és szakmai folyóiratokban is.

2024-ben úgy találtuk, hogy az internethasználó felnőtt magyar lakosság 91%-a keres egészséggel-betegséggel kapcsolatos információt az interneten. Az online információgyűjtés legfontosabb platformját a weboldalak jelentik (79%). A digitális információforrások közül a közösségi média csatornák (22,6%) és a videómegosztó oldalak (pl. YouTube) kerültek a népszerűségi lista második és harmadik helyére. A weboldalakon belül a különböző egészségügyi szakmai portálok használata meglehetősen elterjedt: a lakosság mintegy negyede kifejezetten szakirodalmi oldalakról is (pl. PubMed, Google Scholar) tájékozódik egészségügyi kérdésekben. A felmérés eredményei szerint még nem játszik domináns szerepet a ChatGPT az egészséggel kapcsolatos információkeresésben, ugyanakkor a lakosság több mint harmada (35%) hallott már erről a lehetőségről. A két felmérés közötti eltérések az egészséggel kapcsolatos tájékozódás esetében minden forrásnál szignifikánsak ($p < 0,0001$)

Ha a nemi különbségek alapján nézzük a használt forrásokat, akkor 2021-ben úgy találjuk, hogy a nők nagyobb arányban támaszkodtak betegközösségekre és csoportokra (51,48%), mint a férfiak (42,62%) ($p < .0001$). Ugyanakkor a

férfiak (43,92%) sokkal inkább használták a YouTube-ot és más videómegosztókat egészségügyi információk keresésére, mint a nők (38,90%). A nők (48,08%) és férfiak (45,55%) közel egyforma arányban használják a tudományos és szakirodalmi keresőket ($p = 0,2569$) (lásd: 1. táblázat). Bár a nők egy kicsit nagyobb arányban támaszkodnak ezekre a forrásokra, de ez a különbség statisztikailag nem szignifikáns. Megfigyelhető ugyanakkor, hogy a nők (30,3%) jóval nagyobb arányban keresnek információkat orvosi és egészségügyi szakmai felületeken, mint a férfiak (20,1%) ($p = 0,0212$). A podcast-okat a nők 17,84%-a, míg a férfiak 15,85%-a használja információszerzésre ($p = 0,2345$). A blogok és vlogok esetében a nők 23,07%-a, a férfiak 22,17%-a keres egészségügyi információkat ($p = 0,6305$). A weboldalak használatának esetében a nők 77,2%-a, míg a férfiak 75,54%-a tájékozódik ezekről a felületekről ($p = 0,4366$). A podcastok, blogok és vlogok, valamint a weboldalak használatában a nemek közötti eltérés statisztikailag nem jelentős.

2024-es adatfelvételünk azt mutatja, hogy a nők már nem támaszkodnak olyan nagy arányban betegközösségekre és csoportokra (28,95%), mint 2021-ben, de még mindig gyakrabban, mint a férfiak (19,73%) ($p < 0,0001$). Bár a férfiak (20,87%) még mindig nagyobb arányban használják a YouTube-ot és más videómegosztókat egészségügyi információk keresésére, mint a nők (15,48%), ez a különbség már jóval kisebb, mint 2021-ben ($p = 0,0018$). Úgy tűnik, hogy a vizuális tartalmak preferenciája mindkét nemnél csökkent. A nők (25,54%) és férfiak (25,29%) most már közel azonos arányban használják a tudományos és szakirodalmi keresőket ($p = 0,8978$). Ez a különbség, akárcsak 2021-ben, statisztikailag nem szignifikáns, ami azt mutatja, hogy mindkét nem hasonló módon tájékozódik ezekből a forrásokból. A podcastok esetében 2021-hez képest lényeges eltérést tapasztalhatunk a férfiak (7,77%) és nők (4,55%) között ($p = 0,0028$), de ezen felület használata továbbra is igen alacsony. A blogokat és vlogokat a nők 12,64%-a, míg a férfiak 12,45%-a használja információszerzésre ($p = 0,8979$) (lásd: 1. táblázat). A weboldalakon való tájékozódásnál a nők 86,07%-a, a férfiak pedig 85,48%-a keres egészségügyi információkat ($p = 0,7057$). Ezeknél a forrásoknál mindkét nemnél közel egyenlő arányok figyelhetők meg.

1. táblázat: A tájékozódásra használt felületek nemek szerinti megoszlása
2021-ben és 2024-ben

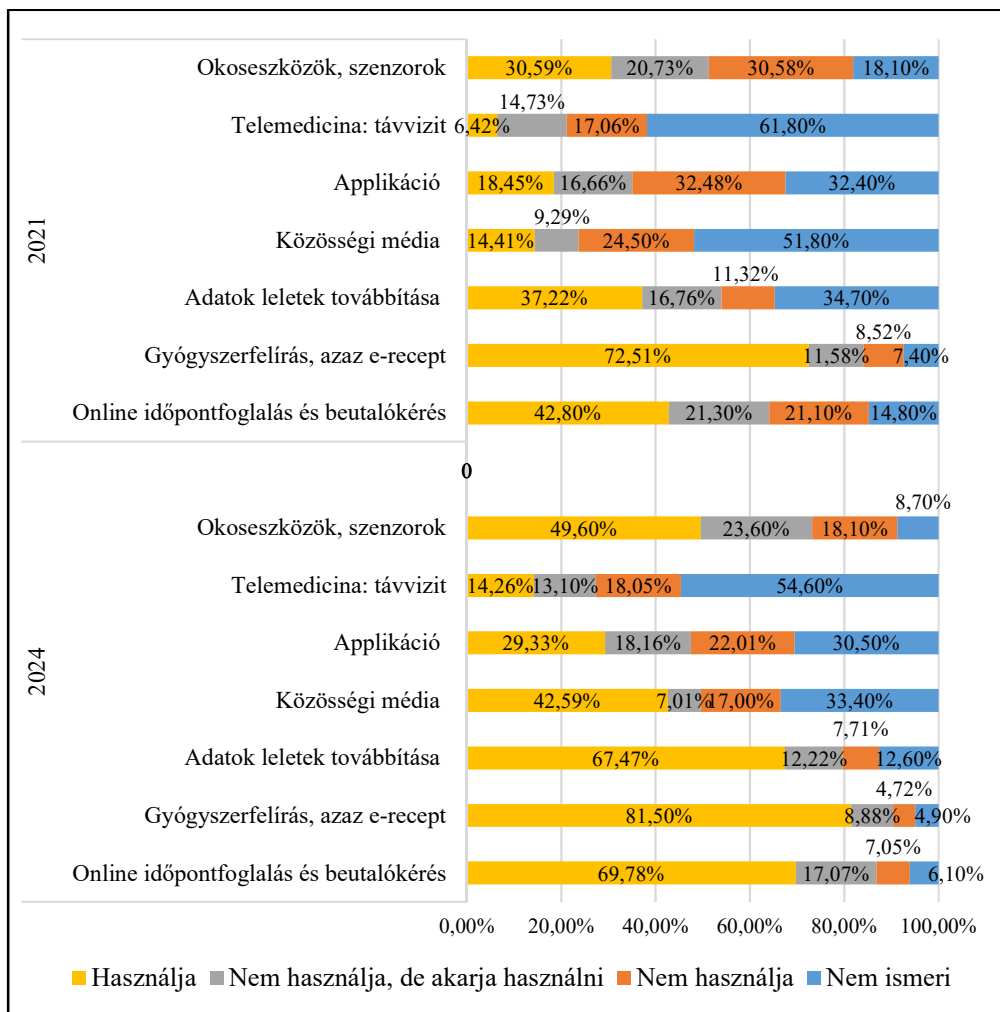
Nem:	Nők		Férfiak	
Lekérdezés éve:	2021	2024	2021	2024
Weboldalak:	77,02%	86,07%	75,54%	85,48%
Blogok/vlogok:	23,07%	12,64%	22,17%	12,45%
Podcastok:	17,84%	4,55%	15,85%	7,77%
Betegközösségek/csoportok:	51,48%	28,95%	42,62%	19,73%
Youtube/videómegosztók:	38,90%	15,48%	43,92%	20,87%
Tudományos/szakirodalmi keresők:	48,08%	25,54%	45,55%	25,29%

Digitális eszközök használata 2021-ben és 2024-ben

Általánosságban elmondható, hogy 2021-ben az e-recept a legnépszerűbb, a válaszadók több mint háromnegyede használta már (78,3%). Az online időpontfoglalással (50,20%) és a szenzorokkal (40,40%) kapcsolatban látható a leginkább, hogy szeretnék használni, de még nem próbálták. A további igényeket illetően a válaszadók több mint fele használna az orvos által ajánlott applikációt, szenzort (53,2%), közel felük szeretne hiteles orvosi információkat tartalmazó honlapokat böngészni (47,8%), illetve szeretne távkonzultációt folytatni vagy megosztani az egészségügyi dokumentációit orvosával (49,8%).

2024-ben az látható, hogy igen magas az ismertsége és használata az e-receptnek, az online időpontfoglalásnak (85,2% ismertség, 50,2% használat (lásd: 1. ábra) és az EESZT-nek (65,3% ismertség, 57,0% használat (lásd: 1. ábra) és minden második páciens használ valamilyen okoseszközt vagy szenzort egészségmenedzsmentjében (54,3%), ugyanakkor a telemedicina (távvizit, távdiagnosztika) használati aránya mindössze 16,8% körüli, amely 38,2%-os ismertség mellett a válaszadók között 6,41%-os arány (lásd: 1. ábra).

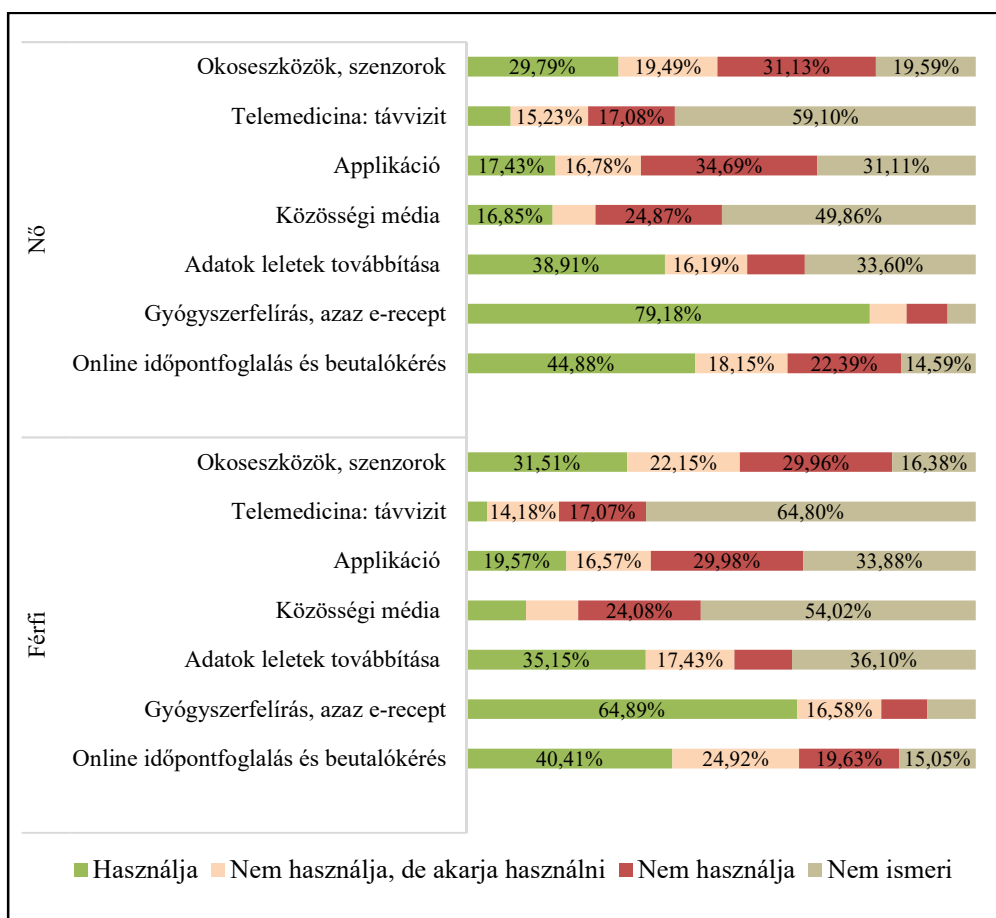
1. ábra: A digitális eszközök ismertsége és használata Magyarországon, 2021 és 2024 között



Ha a nemi különbségek alapján nézzük az adatokat 2021-ben a férfiak (52,5%) nagyobb arányban használták az online időpontfoglalás és beutalókérés lehetőségét, mint a nők (47,6%) ($p = 0,028$) (lásd: 2. ábra). Az is látható, hogy a nők (83,8%) lényegesen nagyobb arányban használták az e-receptet, mint a férfiak (71,7%) ($p < 0,0001$) (lásd: 2. ábra). Az adatok és leletek továbbításában bár a nők (58,6%) aktívabbnak tűnnek, mint a férfiak (55,0%), ez az eltérés nem szignifikáns ($p = 0,1047$). A nők (33,6%) szintén nagyobb arányban használják a közösségi médiát egészségügyi információk megszerzésére, mint a férfiak (25,3%) ($p > .0001$). Az applikációk használatában a férfiak (29,6%) és nők (25,3%) között jelentős különbség van,

a férfiak valamivel aktívabbak ebben a kategóriában ($p = 0,0312$). A telemedicina használata terén a nők (21,0%) kétszer akkora arányban vették igénybe ezt a szolgáltatást, mint a férfiak (11,2%) ($p < 0,0001$). Az okoseszközök és szenzorok használatában a férfiak (37,7%) és nők (37,0%) közel egyforma arányban vesznek részt ($p = 0,7465$, a két érték között nincs szignifikáns eltérés).

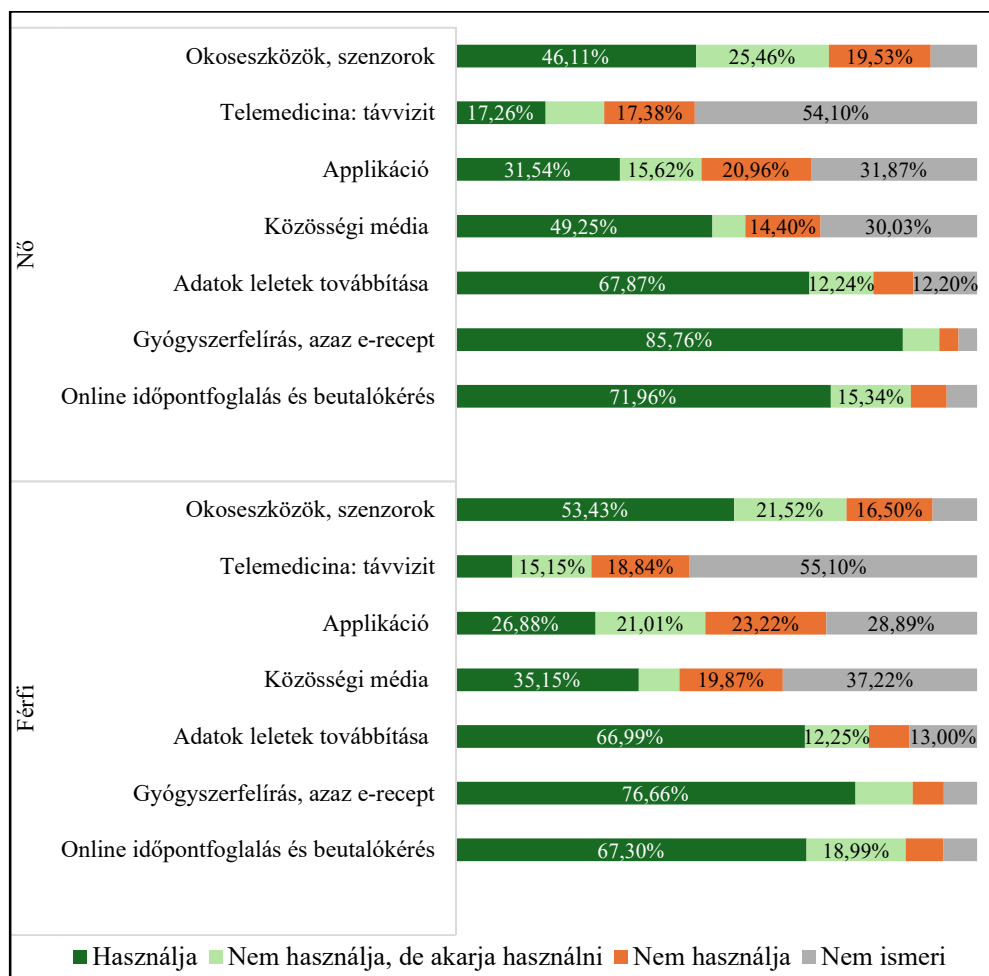
2. ábra: A digitális eszközök ismertsége és használata nemek szerinti megoszlásban a válaszadók körében, 2021



A 2024-es adatok azt mutatják, hogy a nők (76,4%) magasabb arányban használják az online időpontfoglalást és beutalókérést, mint a férfiak (71,9%) ($p = 0,0214$), a 2021-es adatokhoz hasonló mértékben. Az e-recept használatában a nők (88,9%) továbbra is jelentősen nagyobb arányban vesznek részt, mint a férfiak (81,9%) ($p < 0,0001$). Bár a különbség kisebb, mint 2021-ben, a nők továbbra is élen járnak az e-recept használatában (lásd: 3. ábra). Az

adatok és leletek továbbításában a nők (77,3%) és a férfiak (77,0%) már szinte teljesen egyenlő arányban vesznek részt (statisztikai különbség nincs, $p = 0,8728$). A közösségi média használatában a nők (70,4%) jelentősen megelőzik a férfiakat (56,0%) ($p < 0,0001$). Az applikációk használata terén a nők (46,3%) továbbra is nagyobb arányban vesznek részt, mint a férfiak (37,8%) ($p = 0,0008$). Bár a különbség csökkent 2021-hez képest a nők még mindig jelentősen nagyobb arányban használják az applikációkat egészségmenedzsmentjükben. A telemedicina területén is a nők (37,6%) lényegesen nagyobb arányban használják ezt a szolgáltatást, mint a férfiak (24,3%) ($p < .0001$). Az okoseszközök használatában viszont a férfiak (58,4%) valamivel aktívabbak, mint a nők (50,6%) ($p = 0,0007$).

3. ábra: A digitális eszközök ismerete és használata nemek szerinti megoszlásban a válaszadók körében - 2024



ÖSSZEGZÉS

Eredményeink szerint a digitális egészséggel kapcsolatos nemi különbségek terén több érdekes trend rajzolódik ki. Adataink azt mutatják, hogy 2021-ben a nők azok, akik gyakrabban keresnek az interneten egészséggel-betegséggel kapcsolatos információt, és e folyamat során többfajta forrásból tájékozódnak, gyakrabban veszik igénybe online közösségek és a közösségi média segítségét. A nők lényegesen nagyobb arányban használják az e-receptet, az online időpontkérés lehetőségét, a leletek, egészséggel kapcsolatos adatok online továbbításának lehetőségét, valamint a telemedicinális megoldásokat is az orvosokkal való kapcsolattartásban. Látható, hogy 2021-ben a nők nagyobb arányban használják a digitális egészségügyi eszközöket, különösen az e-recept és a telemedicina terén, míg a férfiak inkább applikációkat használnak egészségük nyomon követésére. A 2021-es eredményeink tehát megegyeznek a bevezetésben már tárgyalt nemzetközi kutatásokkal (Ek 2015-Jia; Pang és Liu 2021; Chatterjee, Prinz és munkatársai, 2021; Zhang, Guo és munkatársai 2014; We are social and Meltwater 2024; Bonacorssi, Guglielmo és munkatársai 2023; Escoffery 2018; Ozen 2021; Bidmon és Terlutter 2015; Paimre 2022; Neumann, König és munkatársai 2023).

A kutatási eredmények többségükben arra mutatnak, hogy a nők nagyobb arányban használnak digitális megoldásokat a férfiaknál.

Ugyanakkor 2024-ben úgy találtuk, hogy a nők és férfiak közti „olló” záródik, a férfiak egyre nagyobb arányban kapcsolódnak be a digitális egészség világába. Eredményeink azt mutatják, hogy bár a nők továbbra is nagyobb arányban használják a digitális egészségügyi eszközök egy részét, mint például az e-receptet és a telemedicinát vagy a közösségi média felületeit, a férfiak és nők közötti különbségek néhány területen, például az adatok és leletek továbbításában, csökkentek, az okoseszközök terén pedig a férfiak vették át a vezető szerepet. Az e-recept gyakoribb használatát magyarázhatja, hogy a nők általában több vénköteles készítményt használnak, mint a férfiak. A 2019-es ELEF felmérés szerint a nők 56,3%-a és a férfiak 44, 6%-a szed orvos által receptre felírt gyógyszert (KSH-ELEF 2019). Azt, hogy nők többször foglalnak online időpontot szintén magyarázhatja az, hogy az egészségügyi ellátás minden formáját (kórházi fekvőbeteg ellátás, egynapos ellátás, háziorvos, fogorvos és szakorvos) is gyakrabban vesznek igénybe, mint a férfiak (KSH 2019).

A 2024-es lakossági adatok azt mutatják, hogy a férfiak és nők közötti különbségek az egészségügyi információs források használatában is jelentősen csökkentek. Mindkét nem egyre inkább hasonló módon és mértékben tájékozódik, ami a digitális egészségügyi információk elérhetőségének és elfogadottságának növekedését tükrözheti. Mindemellett tapasztalható, hogy a tájékozódásra használt felületek sokkal egységesebben weboldalakon történnek és a többi mód használata visszaszorult 2024-ben. Ennek a visszaszorulásnak oka lehet, hogy amíg 2020-ban és 2021-ben még a COVID-19 és később a vakcina dominált minden médiát, addig 2024-ben már nem egészségügyi kérdések dominálták az online médiát. (Google Trends 2024).

Ezen eredmények hátterében több tényező együttes hatását feltételezhetjük. 2021-es lakossági felmérésünk a COVID-19 pandémia 3. hulláma alatt készült, ekkor indult be a digitális egészséggel kapcsolatos megoldások iránti intenzív érdeklődés és használat. Az, hogy a COVID-19 járvány előtt és alatt a nők, a fiatalabb korcsoportok és a magasabban iskolázottak nagyobb arányban használnak digitális eszközt az egészségmenedzsmentjükben más vizsgálatok is megerősítik (Tuitert, Marinus és munkatársai 2024).

A kutatásunkban bemutatott digitális eszközök jelentős része 2021 és 2024 között a hétköznapiak természetes részévé vált, például az EESZT és az e-recept használata 80% feletti arányt mutat a lakosság körében 2024-ben. A két idődimenzió adatai azt mutatják, hogy a nők aktívabb egészségviselkedése és a hagyományos gondozói szerepei tükröződnek az intenzív használatban 2021-ben, míg a férfiak technika iránti, technológiai érdeklődése (okoseszközök használata) erőteljesebben jelentkezik, így a két nem közti arányok jobban kiegyenlítődnek 2024-re. E kérdéshez kapcsolódóan számos tanulmány megállapította, hogy a férfiak általában magasabb technológiai magabiztosságról, énhatékonyságról számolnak be, mint a nők, amelyet az egészségügyi technológiák használatában kulcsszerepű motivációs tényezőnek tekinthető (Rahman és munkatársai 2016; Göttgens, Darweesh és munkatársai 2024).

Ugyanakkor mindkét időszakban a nők nagyobb arányú aktivitása a digitális egészség területén fakadhat a fiatal nők gyermekvállalási, gyermekgondozási teendőinek nagyobb arányából. (Brinson, Jahnke és munkatársai 2024; Oelhaffen 2024) Másrésről a 65 éven felüli páciensek digitális eszközhasználatára vonatkozó korábbi tanulmányunkban úgy találtuk, hogy ebben a korosztályban a férfiak az aktívabb felhasználók (Györffy, Boros és

munkatársai 2023). Ezt az eredményünket más nemzetközi vizsgálatok is megerősítették (Shi, Ma és munkatársai 2023).

A két nem eltérő betegviselkedését jelzi, hogy a nők mindkét időszakban nagyobb arányban vesznek részt online betegközösségekben, mint a férfiak. A COVID-19 járvány idején különösen fontos erőforrássá válik akár az online-társas támogatás és az információgyűjtés szempontjából egyaránt (Bierman, Upenieks, Schieman 2024). Nemcsak a részvételi arányokban van különbség, hanem a betegközösségekben való részvétel módjában is. nemzetközi vizsgálatok tanúsága szerint. (Bierman , Upenieks , Schieman 2024). Liu és munkatársai úgy találták, hogy a nők és a férfiak eltérő tartalmakat „fogyasztanak” és állítanak elő az online térben (Liu, Sun és Li 2018). Más vizsgálatok azt mutatják, hogy különböző betegcsoportok online kommunikációját megfigyelve az rajzolódik ki, hogy a nők inkább érzelmi támogatást nyújtanak ezekben a csoportokban, míg a férfiakra inkább a praktikus információk keresése és megosztása jellemző (Klemm, Hurst és munkatársai 1999). A mentális egészséggel kapcsolatos tartalmak használata és az online közösségek esetében is egyértelműen női dominancia mutatható ki (Hou, Bi és munkatársai 2020). Ez a trend ugyanakkor felveti azt a kérdést is, hogy a közösségi média negatív szomatikus és mentális hatásai (evészavarok, testképzavarok) másképp érvényesülnek nők és férfiak körében (You és Kwon 2024; Cheikh, Osaili és munkatársai 2024).

Már a COVID-19 pandémia előtt látható volt, hogy a digitális egészséggel kapcsolatos megoldások alapvetően fogják megváltoztatni a gyógyítás világát, az orvos-beteg kapcsolatot és a páciensek egészség- és betegviselkedését. A digitális egészségügy tehát nem csupán technikai, technológiai forradalmat jelent, hanem kulturális átalakulást is: az évszázados orvos-beteg kapcsolat, döntéshozatal, egészségmenedzsment transzformációját (Meskó és munkatársai 2017). Ebben az átalakulásban a szociodemográfiai tényezőknek is jelentős szerepük van, így fontos kérdés a nők és férfiak „digitális egészség- és betegviselkedése.” Tanulmányunkban az online és az offline betegviselkedés néhány fontos kérdésére világítottunk rá, ugyanakkor a számos kérdés még e területen további vizsgálatokat igényel.

Erősségek, limitációk

Kutatásunk előnye, hogy nagy, országos reprezentatív mintán gyűjtött adatot, két idődimenzióban. Ez mind Magyarországon, mind pedig világviszonylatban unikálisnak számít. További előny, hogy nemcsak a COVID-19 alatt, hanem utána is mértük a digitális egészségügyi megoldások használatát az ezzel

kapcsolatos ismereteket és attitűdöket. Hátránynak tekinthető a két felmérés adatfelvétele eltérő módszertannal történt: míg az első felmérés telefonos volt a második online történt.

Felhasznált irodalom

1. Bidmon S.; Terlutter R. (2015): Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why, *Journal of Medical Internet Research*, 17(6). e4127.
2. Bierman A.; Upenieks L.; Schieman S. (2021): Socially distant? Social network confidants, loneliness, and health during the COVID-19 pandemic. *Social Currents*, 8(4). 299-313.
3. Bishop F. L.; Lewith G. T. (2008): A review of psychosocial predictors of treatment outcomes: what factors might determine the clinical success of acupuncture for pain? *Journal of acupuncture and meridian studies*, 1(1). 1-12.
4. Bonaccorsi G.; Gallinoro V.; Guid A.; Morittu C.; Allodola V.F.; Lastrucci V.; Zanolini P.; Okan O.; Dadaczynski K.; Lorini C. (2023): Digital health literacy and information-seeking in the era of COVID-19: Gender differences emerged from a Florentine University experience, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). 2611.
5. Boros Julianna (2005): Országos Lakosági Egészségfelmérés, Kutatásjelentés, Országos Epidemiológiai Központ.
6. Brinson A. K.; Jahnke H. R.; Henrich N.; Karwa S.; Moss C.; Shah N. (2024): Digital health utilization during pregnancy and the likelihood of preterm birth, *Digital health*, 10, 1-8.
7. Chatterjee A.; Prinz A.; Gerdes M.; Martinez S. (2021): Digital interventions on healthy lifestyle management: systematic review, *Journal of medical Internet research*, 23(11). e26931.
8. Cheikh Ismail L.; Osaili T. M.; Naja F.; Wartanian M.; Elkabat G.; Arnous M.; Alkhoukou H.; Mohamad M.; Saleh S. T.; Al Daour R.; Masuadi E.; Ali H. I.; Stojanovska L.; Al Dhaheri A. S. (2024): The association of social media with dietary behaviors among adults in the United Arab Emirates, *Heliyon*, 10(15). e35574. 1-16.

9. Csizmadia Péter; Balku Eszter (2016): Az erősebb a gyengébb nem? *Egészségfejlesztés*, LVII. évfolyam, 2. szám. 26-33.
10. Escoffery C. (2018): Gender similarities and differences for e-health behaviors among US adults, *Telemedicine and e-Health*, 24(5): 335-343.
11. Ek S. (2015): Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey, *Health promotion international*, 30(3). 736-745.
12. Girasek Edmond; Boros Julianna; Döbrössy Bence; Susánszky Anna; Györffy Zsuzsa (2022): E-páciensek Magyarországon: Digitális egészséggel kapcsolatos ismeretek, szokások egy országos reprezentatív felmérés tükrében, *Orvosi Hetilap*, 163(29). 1159-1165.
13. Goodwin P. Y.; Garrett D. A.; Galal O. (2005): Women and family health: The role of mothers in promoting family and child health, *International Journal of Global Health and Health Disparities*, 4(1). 30-42.
14. Google trends (2024): Tekintse meg 2021 felkapott témáit <https://trends.google.hu/trends/yis/2021/HU/> Letöltés ideje: 2024. 09. 30.
15. Göttgens I.; Darweesh S. K.; Bloem B. R.; Oertelt-Prigione S. (2024): A multidimensional gender analysis of health technology self-efficacy among people with Parkinson's disease, *Journal of Neurology*, 1-11.
16. Green C. A.; Pope C. R. (1999): Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis, *Social science & medicine*, 48(10). 1363-1372.
17. Györffy Zs.; Boros J.; Döbrössy B.; Girasek E. (2023): Older adults in the digital health era: insights on the digital health related knowledge, habits and attitudes of the 65 year and older population, *BMC geriatrics*, 23(1). 779.
18. Hernández-Padilla J. M.; Ruiz-Fernández M. D.; Granero-Molina J.; Ortiz-Amo R.; López Rodríguez M. M.; Fernández-Sola C. (2021): Perceived health, caregiver overload and perceived social support in family caregivers of patients with Alzheimer's: Gender differences, *Health & social care in the community*, 29(4). 1001-1009.
19. Hou F.; Bi F.; Jiao R.; Luo D.; Song K. (2020): Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study, *BMC public health*, 20. 1-11.

20. Jia X.; Pang Y.; Liu L. S. (2021): Online health information seeking behavior: a systematic review, *Healthcare*, 9(12). 1740.
21. Klemm P.; Hurst M.; Dearholt S. L.; Trone S. R. (1999): Gender differences on Internet cancer support groups, *Comput Nurs*, 17(2). 65-72. pmid:10194883.
22. KSH (2019): Európai Lakossági Egészségfelmérés, <https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html> Letöltés ideje: 2024. 09. 30.
23. KSH MONITOR (2019): https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/ee_2019/index.html Letöltés ideje: 2024. 09. 30.
24. Liu X.; Sun M.; Li J. (2018): Research on gender differences in online health communities. *International journal of medical informatics*, 111. 172-181. pmid:29425630.
25. Meskó B.; Drobni Z.; Bényei É.; Gergely B.; Györfly Zs. (2017): Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare, *Mhealth*, S. 3:38.
26. Modica M.; Ferratini M.; Spezzaferri R.; De Maria R.; Previtali E.; Castiglioni P. (2014): Gender differences in illness behavior after cardiac surgery, *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 34(2). 123-129.
27. Neumann A.; Köni H. H.; Bokermann J.; Hajek A. (2023): Determinants of Patient Use and Satisfaction With Synchronous Telemental Health Services During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review, *JMIR Ment Health*, 10:e46148.
28. Oelhafen S. (2024): Digital health in perinatal care: Exploring usage, attitudes, and needs among Swiss women in urban and rural settings, *Digital health*, 10. 20552076241277671.
29. Ozen H. (2021): Gender difference in eHealth literacy: empirical evidence from Turkey, *Int J Acad Res Bus Soc Sci*, 11(11). 10-6007.
30. Paimre M.; Osula K. (2022): Gender Differences in ICT Acceptance for Health Purposes, Online Health Information Seeking, and Health Behaviour among Estonian Older Adults during the Covid-19 Crisis, In: Proceedings of the 8th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health (ICT4AWE 2022), pages 134-143.

31. Rahman M. S.; Ko M.; Warren J.; Carpenter D. (2016): Healthcare technology self-efficacy (HTSE) and its influence on individual attitude: an empirical study, *Comput Human Behav*, 58. 12-24.
32. Scrambler S.; Scrambler A. (2018): Gender and Health. In: Scrambler G. (ed.): *Sociology as Applied to Medicine*, Palgrave, 161-178.
33. Sharma N.; Chakrabarti S.; Grover S. (2016): Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses, *World journal of psychiatry*, 6(1). 7.
34. Shi Y.; Ma D.; Zhang J.; Chen B. (2023): In the digital age: a systematic literature review of the e-health literacy and influencing factors among Chinese older adults, *Journal of Public Health*, 31(5). 679-687.
35. Tuitert I.; Marinus J. D.; Dalenberg J. R.; van't Veer J. T. (2024): Digital Health Technology Use Across Socioeconomic Groups Prior to and During the COVID-19 Pandemic: Panel Study, *JMIR Public Health and Surveillance*, 10(1). e55384.
36. We Are Social & Meltwater (2024): Digital 2024 Global Overview Report <https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report> Letöltés időpontja: 2024. 11.01.
37. Williams L. A.; Giddings L. S.; Bellamy G.; Gott M. (2017): 'Because it's the wife who has to look after the man': A descriptive qualitative study of older women and the intersection of gender and the provision of family caregiving at the end of life, *Palliative medicine*, 31(3). 223-230.
38. World Health Organization (2021): Global strategy on digital health 2020-2025 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924> Letöltés ideje: 2024. 09. 30.
39. You S.; Kwon M. (2024): Self-objectification of bodies in social networking sites: Mental and behavioral health problems of young female adults, *Health Care for Women International*, 1-19.
40. Zhang X.; Guo X.; Lai K. H.; Guo F.; Li C. (2014): Understanding gender differences in m-health adoption: a modified theory of reasoned action model, *Telemedicine and e-Health*, 20(1). 39-46.



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (69-86)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/4

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Dietetics on Social Media - Netnographic Research of Instagram Stories on Healthy Eating

Anita Horkai¹, Alexa Kata Lehotai²

¹Associate Professor, Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Sciences, 1088 Budapest, Vas street 17. ORCID iD: 0000-0001-8743-1660

²BSc student of Dietetics, Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Department of Dietetics, 1088 Budapest, Vas street 17. ORCID iD: 0009-0009-3694-7574

INFO

Horkai, Anita
horkai.anita@semmelweis.hu

Keywords

social media, social capital, health literacy, dietetics, information about healthy eating, Instagram

ABSTRACT

Social media content on health and healthy eating and dietetics challenge users with a low health literacy index. There are often barriers to distinguishing who is a credible content producer and whose advice can be considered professionally relevant. In our research, we examine why the reach of social media content published by dietitians is lower than that of self-proclaimed advisors who appear to be experts. We analyzed the content of 14 Hungarian influencers in June, July, and August 2024 and tracked their follower numbers and reach using qualitative content analysis methods. We found that the reach and number of followers of influencers who are not distinct in terms of content credibility varies mainly as a function of daily activity. The more stories and posts influencers publish, the higher the rate of increase in their followers and reach of their content compared to those who rarely publish scientifically sound professionally valid content as registered dietitians. This means that the primary indicator of the credibility of the content that users seek on social media is the frequency of social media activity, the number of followers and likes, rather than the scientific, evidence-based validity of the content.

Kulcsszavak

közösségi média, társadalmi tőke, egészségértés, dietetika, egészséges táplálkozással kapcsolatos információk, Instagram

A közösségi média egészséggel, egészséges táplálkozással és dietetikával kapcsolatos tartalmi kihívások elé állítják az alacsony egészségértési indexű felhasználókat. Annak elkülönítése, hogy ki hiteles tartalomgyártó s így kinek a tanácsai tekinthetőek szakmailag relevánsnak gyakran korlátokba ütközik. Kutatásunkban arra keressük a választ, hogy a dietetikusok által közzétett közösségi média tartalmak elérése miért alacsonyabb a szakembernek látszó önjelölt tanácsadók követőihez képest. 2024 június, július és augusztus hónapban 14 magyar influencerszer tartalmait elemeztük a kvalitatív tartalomelemzés módszereivel,

s emellett nyomon követtük a követőik számának alakulását és az eléréseiket. Azt tapasztaltuk, hogy a tartalmi hitelesség szempontjából nem elkülönülő influenszerek elérése és követőik száma elsősorban a napi aktivitás függvényében változik. Minél több történetet és posztot tesznek közzé az influenszerek, annál nagyobb ütemben nő követőik száma és a tartalmaik elérése szemben azokéval, akik ritkán tesznek közzé tudományosan megalapozott szakmai szempontból érvényes tartalmat regisztrált dietetikusként. Ez azt jelenti, hogy a felhasználók számára a közösségi oldalakon keresett tartalmak hitelességének elsődleges mutatója a közösségi média aktivitás gyakorisága, a követők és like-ok száma, nem pedig a tartalom tudományos, evidence-based megalapozottsága.

Beérkezett: 2024.10.07.

Bírálat: 2024.11.03.

Elfogadva: 2024.11.15.

Introduction

Shared content on the internet and social media is a primary source of health-related information for all generations (Byrne and Kearney et al. 2017, Spettigue and Henderson 2004, Deng 2017, Horváth and Schulz et al. 2021, Afana and Astuti et al. 2021, Chirumamilla and Gulati 2021, Engel 2024). The 2023 Eurobarometer Media & News Survey indicates a decline in the reach of traditional media year on year, while the reach and active use of various social media platforms are steadily growing. The research results show that social media is the primary source of information and content Hungarians consider most credible.

Our research highlights the importance of trusting and identifying credible sources with a possible solution. It can be challenging as anyone can claim anything about themselves. However, it can easily verify who is a professional using a dedicated database system for Hungarian healthcare workers. Posting on social media is accessible to everyone, yet they struggle to effectively utilize it to reach their target audience with impactful information. While the platforms provide the tools for sharing content, understanding how to engage and communicate effectively with followers remains challenging. This lack of effectiveness frequently hinders users from fully leveraging their posts and engaging with their desired audience. As anyone can create, publish, and respond to social media content, the ongoing communication context in social media creates specific cultures in the online space that influence our thoughts, knowledge, and behaviour in the offline world. This can be dangerous if

uncontrolled information about health, disease, and healthy eating influences our health behaviour and is a further risk if this behaviour is accompanied by low health literacy. The results of several studies have shown that the average health literacy index in Hungary is low by international standards. (Erdei and Barth et al. 2018, Horváth and Schulz et al. 2021, Nagy and Gradvohl et al. 2022, Jindarattanaporn and Rittirong et al. 2023). This means that users have limited abilities to access and understand health-related information and are more likely to misunderstand health-related information. Netnographic research can help uncover and identify the cultural patterns that influence users' perceptions of the reliability of content on social media. The aim of this study is to investigate the impact of the frequency of 24-hour Instagram stories on follower numbers and reach, in particular comparing the online activities of professional dietitians and self-proclaimed nutritionists. The aim of the research is to understand the impact of healthy eating information sharing on social media, particularly Instagram, and why users prefer the content of self-promoted dietitians over the professionally credible advice of qualified dietitians. As social media have become the primary source of information for users, it is of paramount importance that research explores the cultural patterns of trustworthiness perceptions and the behavioural patterns that shape users' information and decision-making. The results of this study may help dietetic professionals to reach social media users with low health literacy more effectively, and may contribute to the development of guidelines to promote the dissemination of credible health information on social media.

Background

Before the COVID-19 pandemic, social media was already a popular platform for communication and connection, with millions of users engaging daily. However, during the pandemic, the use of social media skyrocketed as people sought ways to stay connected while adhering to social distancing measures. This surge in activity allowed individuals to maintain relationships, share experiences, and access information, significantly increasing overall engagement across various social media platforms. (Nagy and Gradvohl et al. 2022) In the 2023 Eurobarometer Media and News research, which examined the most trusted news sources across EU countries, almost all nations placed their trust in public TV and radio stations, including their online platforms except Hungary. However, Hungarians expressed the greatest confidence in people, groups, or friends they follow on social media. This reflects a notable

shift in how information is consumed and trusted in Hungary. Due to this, people can easily believe everything they see on various social media platforms. It is extremely challenging to distinguish between a genuine professional content creator and someone pretending to be one. These untrustworthy content creators often have a large follower base, with their audiences relying on the information they share, even when it is full of misinformation. People tend to prioritize quantity over quality. In our research, we are focusing on one of the most widely used social media platforms, Instagram. Launched in 2010, Instagram was acquired by Meta Platforms, Inc. in 2012. Today, it is the third most popular social media platform, with 2.4 billion active users. According to a 2023 study, Hungary has approximately 4 million average active users on Instagram monthly. This statistic underscores the platform's considerable reach and influence within the country, making it a powerful platform for content creators and influencers. Since its acquisition by Meta Platforms, Inc. in 2012, Instagram has experienced several pivotal changes. One notable transformation is the integration of functionalities that facilitate better content sharing and communication with Facebook, creating a more unified user experience. Furthermore, Instagram shifted from a chronological to an algorithm-based feed, prioritizing engagement metrics and personalized content delivery. This change has also enhanced advertising opportunities, allowing businesses to implement targeted marketing strategies, and enabling content creators to explore monetization avenues. Additionally, the platform has increasingly focused on video content through features like IGTV and Reels, reflecting broader trends in social media consumption and significantly influencing user engagement patterns (Dwivedi and Ismagilova et al. 2021).

The concepts of social capital and health literacy provided the theoretical background for our research. It is important to highlight an important form of social capital, the information potential of social networks. Social media offer a wide range of social connections, giving the feeling of unlimited access to information on almost any topic on these platforms to their users. The paradigm of the information society has necessarily focused attention on it, which has made it a research priority. Coleman (1998) argues that information plays a significant role in the justification of action, but that it is costly to obtain, requires attention, energy, and time, that one way of obtaining information may be to exploit social relationships for other purposes (Coleman 1998: 21). These relationships, Coleman argues, are valuable not because they

provide a form of exchange that guarantees reciprocity from others in the form of obligations or trustworthiness of the parties, but simply because they provide information. Social media is also redefining social relationships into looser, less binding online relationships, and checking the authenticity of information will be the point where the focus shifts back to social relationships in the offline world. It is not information per se that has the power of capital, but credible, valid information.

In Robert D. Putnam's (1993) approach, social capital refers primarily to the characteristics of social organization in the form of networks, norms, and trust that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit.

Gary Becker (1998) emphasizes the role of preferences and values in social capital and, looking at the nature of decision mechanisms, finds that the main driving force in our choices is the acquisition of social conformity. This conformity is nothing other than the acquisition of respect, recognition, acceptance, and prestige from family, friends, and their various groups. Consumption is of paramount importance in this respect, as it takes place in public, so individuals often choose their restaurants, schools, books, political views, food, and leisure activities by taking into account the opinions of those in their groups and social network of contacts whom they wish to please (Becker 1998: 112). In the age of social media, this is all public and easily accessible information about everyone who shares it. This is put by anthropologist Mary Douglas as 'the real moment of choice... is the choice of friends and lifestyle' (1983: 45 cited in Becker 1998: 113). Becker disagrees with the economic view that choices are determined by some basic biological needs. He lacks emphasis on cultural influence and the influential power of symbols. He concludes that culture has a strong influence on preferences individual behaviour and value choices, even though behaviour has little influence on culture. Consequently, cultural differences shape significant differences in preferences for different goods (Becker 1998: 117).

However, for information from social media to function as an asset in the lives of users, the content published must be properly understood. Understanding health-related information is of major importance in determining an individual's future health status, as inappropriate health behaviour can lead to poor health status (Lee and Arozullah et al. 2004, Kim and Shin et al. 2015, Libicki and Tim 2020, Cui and Li et al. 2021).

In the pre-social media days, credibility was linked to professionalism and qualifications. The visual manifestation of this was when you could see framed

diplomas hung on the wall in offices and surgeries. Nowadays, these have been replaced by professional databases, about which users do not know much. It is simple to check who is a registered dietitian, as one of the requirements for registration is appearing in the basic registry of individuals who have obtained a health qualification. This registry includes anyone with a healthcare qualification obtained from an institution recognized by the state in Hungary, as well as those who have acquired their qualifications abroad and have them validated or recognized in Hungary. The process of being added to the basic registry is automatic; the National Hospital Chief Directorate (OKFŐ) registers individuals based on the data submitted by the institution that issued their diploma or certificate (or the decision regarding their recognition). The names, qualifications, and registry numbers of individuals included in the basic registry are public information and can be accessed. Content creators who are not qualified but provide information that appears credible may be considered pseudo-experts. A pseudo-expert refers to someone who presents themselves as an expert in a particular field but lacks the necessary qualifications, knowledge, or expertise to be considered one genuinely. They may give advice or information that appears credible on the surface, but it is often misleading or incorrect. In many cases, pseudo-experts gain attention through social media or public platforms, where it is easier to appear knowledgeable without proper credentials or authority in the subject matter.

To safely navigate between the content of credible and discredited pseudo-experts, a high health literacy index can help the users. The literature introduces the concept of digital health literacy alongside the concept of health literacy, which also shows differences in health literacy along different social aspects, age, education, and access to digital tools. Educational level, higher income, and social support also appeared to have a positive influence on digital health literacy (Estrela and Semedo et al. 2023). Kim and Shim et al. (2023) found a positive correlation between eHealth literacy and health-related behaviors, indicating that eHealth literacy can mediate how health-related information leads to changes in health-related behaviors. Therefore, it is important to examine platforms that provide users health-related information regarding health literacy and behaviour.

Research and Methods

Our research involved online fieldwork on Instagram from early June to the end of August 2024 among Hungarian influencers who regularly share dietary

and nutrition advice. During the three months, we systematically monitored the daily online activities of 14 Hungarian influencers (6 influencers were dietitian specialist experts and 8 influencers were pseudo-experts of healthy eating) who posted different content on healthy living and healthy eating daily on Instagram. In addition to retrievable content and posts, we investigated the impact of 24-hour viewable stories on follower numbers and reach by observing the activities of dietitian professionals and self-proclaimed nutritionist influencers.

We examined the following research questions: What explains the phenomenon that self-proclaimed nutritionists have a larger follower base and reach on social media than qualified dietitians? How does the frequency of content posted on Instagram influence the number of followers and reach? Is there a difference in this between expert and non-expert influencers? What role does the health literacy level of social media users play in their choice of credible sources? Which online behaviours and strategies contribute to reaching a larger audience of dietetic experts without compromising professional credibility? What cultural patterns and attitudes influence users' preferences between authentic and non-credible health information on Instagram? Which types of content (e.g. personal stories, recipe recommendations, professional advice) attract followers more for self-proclaimed consultants and dietetic experts?

We analyzed the posting habits of 14 popular influencers on Instagram on the topic of healthy lifestyle and diet recommendations throughout June, July, and August in 2024. Influencers were selected primarily based on the number of followers, but it was also important that they were committed to regularly publishing healthy eating content. Six of these influencers are registered dietitians, while the remaining eight can be considered pseudo-experts. The critical question is: who appears more trustworthy to the public?

We used netnographic research methods to understand those online activities that increase the number of followers and access to content (Dörnyei and Mitev 2023, Lawless 2020, Salzmann-Erikson and Eriksson, 2023). The primary aim of netnography is to study the culture of online communities through participant observation. We have chosen a non-intrusive method, in which we observe both the activities of influencers producing content and the volume and content of user reactions to them. The latter quantity indicates that at least this many users have interacted with the observed content at some depth.

The site of participant observation is the 'field', which does not necessarily mean a remote exotic location, but can even be framed by the researcher's own culture. To study one's society, it is necessary to create the observer distance that is inherent in a foreign terrain. This is the fundamental difficulty for the researcher, because if we do not understand or misunderstand the phenomena there, we may not even notice them in our own culture (Kapitány and Kapitány 2002: 129) In this case, anthropological interest sees events through a special 'lens', whose optics distances and objectifies what is seen for the observer.

The own culture as the environment of research encourages constant questioning, conscious reflection, interpretation, and reinterpretation, for the realization of which the application of a 'micro-anthropological focus', i.e. 'immersion' in the everyday life of the observed culture, is essential (Borsányi, 1988). Participant observation is then a necessary but not sufficient condition for interpretation.

We started our research on several different platforms at the same time: TikTok, Facebook, and Instagram, to first select the right platform, content, and content creators for us. Our research aims to answer the questions of what online behaviours provide a higher reach for followers, and which ethical behaviours dietitians can adopt in an online environment to provide credible information and spread it as widely as possible. We identified 14 active influencers on all the mentioned platforms, the most visited was Instagram. We chose credible and pseudo-expert influencers to compare their online activities and identify similarities and differences. The selected content creators were *z_o_z_o*, *tudatosdieta*, *ronaybarbara*, *petra_arndt*, *_barbilla_*, and *diet_etikus* (they are all dietitians), and *Odettbernath*, *Karvalics.eszti*, *Kovacsszabiina*, *Ujvaridori.etrend*, *Jerkovics_bogi*, *Regina_fitlife*, *Greffbrigitta_*, *Harom.harmad* (they all identify themselves as a nutritionist, we consider them pseudo-experts of healthy eating). We observed 3622 Instagram stories (text, photo, short video content) over the three months from the above-listed 14 different influencers. In the observed stories, the most common content focused on healthy diet-related topics. Influencers frequently shared advice and information on healthy eating methods, often incorporating recipes and tips for maintaining a balanced diet. They also provided glimpses into their personal lives, cooking routines, client feedback, promotional content, ads, and self-promotion to strengthen their brand. In several instances, followers were allowed to ask the influencers questions directly. These Q&A sessions (questions and answers) allowed followers to engage more personally, asking

about various topics such as lifestyle choices, health tips, or travel recommendations. Influencers would then respond to selected questions, providing answers or insights based on their expertise or personal experiences, creating a more interactive and dynamic connection with their audience.

Results

After coding the 24-hour visible Instagram stories and posts for credible and pseudo-expert influencers, we found no difference in the type of content posted. There was also no difference in the quality of the visual content published, with equally well-photographed illustrations appearing in both groups' entries. The content posted by dietitians was well-understood, professionally correct posts that did not contain advertising. Although the pseudo-expert posts contained slight inaccuracies, one-sided diets, and more frequent advertising or product sales, they have a larger follower base than the expert influencers most of them have seen significant follower growth and reach over the three months of our monitoring. The textual and visual content elements do not justify the greater reach and growing follower base of pseudo-experts compared to expert dietitians. We also looked at the frequency of content publication and there was a clear relationship with the number of followers. We utilized data from these three months, with the posted content displayed in Table 1. and Table 2. the corresponding follower growth. These visual representations provide a clear comparison of posting habits and their direct impact on follower engagement.

Table 1.: Frequency of publishing content and trends in the number of followers of expert dietitians on Instagram in the June-August period 2024.

Influencer	Month	Followers	Stories (Avg/Day)	Posts
z_o_z_o	June	12390	0.875	0
	July	12437	0.3	0
	August	12471	0.63	0
tudatosdieta	June	1039	0.4375	6
	July	1063	0.12	0
	August	1071	0.3	0
ronaybarbara	June	11163	0.375	8
	July	11130	0.35	13
	August	11127	0.67	15
petra_arndt	June	13915	3.375	2
	July	13907	3.92	0
	August	13883	1.41	0
barbilla	June	22944	2.25	4
	July	23163	2.77	5
	August	23186	1.89	3
diet_etikus	June	25405	5.5	11
	July	27294	5.15	7
	August	28831	4.15	8

Table 2.: Frequency of publishing content and trends in the number of followers of pseudo-expert nutritionists on Instagram in the June-August period 2024.

Influencer	Month	Followers	Stories (Avg/Day)	Posts
Odettbernath	June	113369	10.81	44
	July	113881	8.42	40
	August	114278	9.26	32
Karvalics.eszti	June	23445	6.64	16
	July	23407	5.12	13
	August	23776	4.41	11
Kovacsszabiina	June	17701	2.06	2
	July	17697	1.42	1
	August	17673	1.26	2
Ujvaridori.etrend	June	73982	0.19	4
	July	73578	0.15	4
	August	73412	0.07	0
Jerkovics_bogi	June	43896	12.06	38
	July	45398	11.31	40
	August	46788	10.7	44
Regina_fitlife	June	9806	5.75	25
	July	9947	5.54	26
	August	10037	5.96	23
Greffbrigitta_	June	20440	3	11
	July	20568	2.08	9
	August	20640	2.93	12
Harom.harmad	June	24261	6.69	8
	July	24629	6.62	17
	August	25035	4.22	3

The registered dietitians exhibited lower posting frequency, which resulted in relatively stable follower numbers, while the pseudo-experts, who posted more frequently, experienced notable increases in follower counts. One pseudo-expert (Ujvaridori.etrend), who posted minimally, saw a decline in followers during the observed period. Conversely, the dietitian with the highest posting activity demonstrated significant follower growth (Jerkovics_bogi and

Odettnernath), indicating that follower engagement and growth may strongly correlate with the frequency of content publication. It became evident that the influencers who posted the most frequently, whether through stories or standard posts, experienced the greatest increase in follower count during the observation period. This correlation suggests a strong link between higher content output and follower growth, highlighting the importance of consistent engagement in audience retention and expansion on social media platforms (Kabata and Jaśkiewicz et al. 2022, Jindaratnaporn and Rittirong et al. 2023, Kirk and Shim et al. 2023).

Our research has limitations in terms of time, online platforms, and the number of influencers. Searching for and following content on lifestyle, healthy eating and nutrition, and weight loss may show seasonal interest if the users search this information for aesthetical and non-health reasons. We only analyzed posts and content on Instagram during these three months, and we did not track what content the same influencers posted on other platforms and how their follower numbers evolved on different platforms. We selected the 14 most popular influencers to analyze, so the posting strategies are limited to their activities.

Our results show that the delivery of information to the widest possible audience does not depend on the content, its correctness and accuracy, its lack of advertising, or its visual representation. The more content an influencer publishes, the more followers it can gain, and thus the wider the user community it can reach with its content, even if it is not credible or fake. If the pseudo-scientist shares a variety of one-sided diets that are harmful to health, which can be considered with normal health literacy as harmful content, he or she will not unfollow that content provider if the influencer does this regularly. But if the influencer takes a break from sharing content or decreases the frequency of posting, this can lead to a decrease in numbers of followers, even if the content of the less posts is completely professional and accurate. There is an order of magnitude difference in the number of followers of expert dietitians and pseudo-expert influencers, in the number and quality of reactions and feedback to posts, in favour of the pseudo-experts as we can see it in Table 1. and Table 2. If expert dietitians want to reach the number of followers of self-proclaimed nutritionists and reach a wider audience, including lower health literacy users, they need to increase the number of their appearances without losing professionalism.

Suggestions

It is important to keep track of social media trends that promote healthy lifestyles, healthy eating, weight loss, and diets. As influencers with a large audience reach a wide range of users with their content, even if it is professionally inaccurate or misleading, it may be important for users with low health literacy to frequently post corrective content reflecting on this by expert dietitians. It can also be useful to know the basic social media marketing strategies based on: a well-defined target group, appropriate content indexing, engagement with the followers, utilizing Instagram Stories and Reels, and collaborating with other influencers., partnering with influencers can help reach a broader audience and gain exposure to new followers (Iheme 2019, Wilson 2020, Liu 2021).

Summary

This research investigates why content created by self-proclaimed healthy eating experts (pseudo-experts) on social media reaches more users than content from qualified dietitians. The study focuses on Instagram and analyzes the online activity of 14 influencers over three months (June-August 2024). Our key findings are that there is no significant difference in the quality or type of content posted by dietitians and pseudo-experts. Pseudo-experts tend to have a larger follower base and experience faster follower growth than dietitians. The frequency of content publishing is a strong predictor of follower growth. Influencers who post more frequently see a greater increase in followers.

Taking into account the following limitations the study only analyzes data from Instagram for a limited timeframe and it focuses on a specific set of influencers and may not represent broader trends and seasonal variations in user interest are not considered we can conclude some points.

The reach of social media content on healthy eating is not determined by the accuracy or credibility of the information. Instead, the frequency of content publishing seems to be a key factor in attracting followers. This highlights the challenge for qualified dietitians to compete with pseudo-experts who may be strategically posting more content, even if it is not entirely accurate.

Taking all this into account, we have the following recommendations for dietitians to reach a wider audience and compete with pseudo-experts, they may need to increase their online presence and content creation frequency while maintaining professional standards. This is particularly important given

the information that Hungarians consider social media to be the primary and credible source of information, and that they also have a low average level of health literacy.

References

1. Afana N. H; Astuti N. W; Sari M. P. (2021): The Relationship Between Instagram Usage & Body Image of Social Media Influencer Followers: Social Comparison as a Mediator. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 2001(208): 1328-1334.
2. Becker, G. S. (1998): Preferenciák és értékek. In: Lengyel György; Szántó Zoltán (szerk.): *Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája*. Budapest, Aula Kiadó, 101-127
3. Borsányi László (1998): A megfigyelési technikák az antropológiai terepmunkában. *Ethnographia* 1998(1): 53-82
4. Byrne E; Kearney J; MacEvilly C. (2017): The Role of Influencer Marketing and Social Influencers in Public Health. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(OCE3): E103
5. Chirumamilla S; Gulati M. (2021): Patient Education and Engagement through Social Media. *Curr Cardiol Rev.* 2021(2): 137-143
6. Coleman, J. S. (1998): A társadalmi tőke az emberi tőke termelésében. In: Lengyel György; Szántó Zoltán (szerk.): *Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája*. Budapest, Aula Kiadó, 11-43
7. Cui G.H; Li S. J; Yin Y.T; Chen L.J; Li J.Q; Liang F.Y; Liu X.Y; Chen L. (2021): The relationship among social capital, eHealth literacy and health behaviours in Chinese elderly people: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021(1): 45
8. Deng Z; Liu S. (2017): Understanding consumer health information-seeking behavior from the perspective of the risk perception attitude framework and social support in mobile social media websites. *Int J Med Inform.* 2017(105): 98-109.
9. Dörnyei Krisztina; Mitev Ariel (2023): Netnográfia. In: Horváth D. - Mitev A. (szerk.): *Alternatív kvalitatív kutatási kézikönyv*. Alinea Kiadó, 157-185
10. Dwivedi Y. K; Ismagilova E; Hughes D. L; Carlson J; Filieri R; Jacobson J; Jain V; Karjaluoto H; Kefi H; Krishen A. S; Kumar V; Rahman M. M; Raman R; Rauschnabel P. A; Rowley J; Salo J; Tran G. A; Wang Y.

- (2021): Setting the future of digital and social media marketing research: Perspectives and research propositions. *International Journal of Information Management*, 2021(59): 102168
11. Engel E; Gell S; Heiss R; Karsay K. (2024): Social media influencers and adolescents' health: A scoping review of the research field. *Social Science & Medicine*, 2024(340): 116387
 12. Erdei R. J; Barth A; Fedor A. R; Takács P. (2018): Measuring the factors affecting health literacy in East Hungary - Health literacy in the adult population of Nyíregyháza city. *KONTAKT* 4(2018): 405-410
 13. Estrela M; Semedo G; Roque F; Ferreira P.L; Herdeiro M.T. (2023): Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Med Inform.* 2023 (177): 105124
 14. European Parliament (2023, November): EP Flash Survey on Society, Culture and Demography, Digital Society and Technology, Politics and the European Union (Report No. 3153/FL012EP). European Parliament. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3153> Year of downloading: 2024
 15. Horváth M. D; Schulz P. J; Csabai M. (2021): Generation Gaps in Digital Health Literacy and Their Impact on Health Information Seeking Behavior and Health Empowerment in Hungary. *Frontiers in Public Health*, 2021(9): 635943
 16. Iheme G. O. (2019): Engagement of nutritionists/dietitians in social media: A potential to meet consumer's quest for healthy nutrition information and services. *Journal of Dietitians Association of Nigeria (JDAN)*, 2019(10): 8-12
 17. Jindarattanaporn N; Rittirong J; Phulkerd S; Thapsuwan S; Thongcharoenchupong N. (2023): Are exposure to health information and media health literacy associated with fruit and vegetable consumption? *BMC Public Health*. 2023(1): 1554
 18. Kabata P. M; Jaśkiewicz J; Połom K. (2022): Can Social Media Profiles Be a Reliable Source of Information on Nutrition and Dietetics? *Healthcare*, 10(2): 397

19. Kapitány Ágnes; Kapitány Gábor (2002): Részt vevő megfigyelés a saját társadalomban - korszakok szimbolikája. In: Kapitány Ágnes - Kapitány Gábor (szerk.): „Jelbeszéd az életünk” 2. Budapest, Osiris Kiadó, 124-156
20. Kim K; Shin S; Kim S; Lee E. (2023): The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2023(25): e40778
21. Kim Y.C; Lim J.Y; Park K. (2015): Effects of Health Literacy and Social Capital on Health Information Behavior. *J Health Commun.* 2015(9): 1084-1094
22. Kirk D; van Eijnatten E; Camps G. (2023): Comparison of Answers between ChatGPT and Human Dieticians to Common Nutrition Questions. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2023 (1): 1-9
23. Lawless M.T; Archibald M; Pinero de Plaza M.A; Drioli-Phillips P; Kitson A. (2020): Peer-to-Peer Health Communication in Older Adults' Online Communities: Protocol for a Qualitative Netnographic Study and Co-Design Approach. *JMIR Res Protoc.* 2020(9): e19834.
24. Lee S.Y; Arozullah A.M; Cho Y.I. (2004): Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.* 2004(7): 1309-1321
25. Libicki Éva; Tim Attila (2020): Egészségtudatos magatartás. Az egészségre nevelés, mint a társadalmi felelősségvállalás speciális esete. *Acta Medicinae et Sociologica.* 2020(30): 43-59
26. Liu J. (2021): The Influence of the Body Image Presented Through TikTok Trend-Videos and Its Possible Reasons. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 2021(559): 359-363
27. Nagy Éva; Gradvohl Edina; Dobos Attila, Horkai Anita; Lukács J. Ágnes; Pörzse Gábor; Takács Johanna; Feith Helga Judit (2022): Covid19 előtt és után... Az Egészségműveltség és egészség-magatartás mérésének lehetősége tizenévesek körében. *Magyar Tudomány* 183(2022)10: 1325-1337
28. Putnam R. D. (1993): The Prosperous Community. Social Capital and Public Life. *The American Prospect* 1993(4): 3-11
29. Salzmann-Erikson M; Eriksson H. (2023): A Mapping Review of Netnography in Nursing. *Qual Health Res.* 2023(8-9): 701-714

30. Spettigue W; Henderson K. A. (2004): Eating disorders and the role of the media. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2004(1): 16-9
31. Wang Y; McKee M; Torbica A; Stuckler D. (2019): Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Soc Sci Med.* 2019(240): 112552
32. Wilson A. (2020): Social Media Marketing - Ultimate User Guide to Facebook, Instagram, YouTube, Blogging, Twitter, LinkedIn, TikTok, Pinterest. Draft2Digital

Other resources:

<https://kereso.enkk.hu> Year of downloading: 2024

<https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3153> Year of downloading: 2024

<https://www.socialmediatoday.com/news/meta-shares-insight-instagram-revenue-performance-providing/712596/> Year of downloading: 2024

<https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2024/04/tajekoztato-palyakezdoknek-mdosz-2024.pdf> Year of downloading: 2024

<https://seo.ai/blog/how-many-users-on-instagram> Year of downloading: 2024



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (87-114)

doi:

10.19055/ams.2024.11/29/5

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Innovative IT solutions in health and sport - the importance of wearable devices, Internet of Things, artificial intelligence and Big Data

Kitti Tóth^{1,2}

¹Faculty of Health Sciences, 4400 Nyíregyháza, Hungary,

²Doctoral School of Management and Business, University of Debrecen, 4032 Debrecen, Hungary, ORCID iD <https://orcid.org/0000-0002-8087-2153>

INFO

Kitti Tóth
toth.kitti@etk.unideb.hu

Keywords

Sport, Health
informatics, Internet of
Things, Wearable
devices, Big Data,
Artificial intelligence

ABSTRACT

Abstract Healthcare faces a significant shortage of human and financial resources. One way to overcome this is to focus on preventive medicine, through the promotion of sport and the use of advanced IT (Information Technology) tools in healthcare. These tools include wearables, the IoT (Internet of Things), Big Data and AI (artificial intelligence). This narrative review article aims to present the current state of the art in the field to support the processing of literature at the beginning of new researches by reviewing the major literature focusing on three of the data management's functions: data collection, storing and processing. To quantify the studies, queries were run on ScienceDirect, PubMed, Web of Science, Google Scholar databases. The keywords used in the queries were "Internet of Things", "Big Data", "Artificial intelligence" and "Wearable devices" complemented by the terms "health" and "sports" so a total of 8 queries were run on each database. We selected only scientific articles which contain concrete results, present ICT tools used in health or sport, and were fully available from our institution's network so we examined 35 articles. The results of the queries show that in most cases more than 50% of the literature was published since 2019, so the topic is currently a highly researched area. On average, 59.57% of all published works were published from 2019 in Science Direct, 74.49% in PubMed and 77.18% in Web of Science. The above-mentioned IT tools on health and sport is significant. Their importance is most notable in the advancement of preventive medicine and innovation in medical research.

Kulcsszavak

Sport, egészségügyi informatika, Dolgok internete, viselhető eszközök, Big Data, mesterséges intelligencia

Absztrakt: Az egészségügy jelentős humán- és pénzügyi forráshiánnyal küzd. Ennek leküzdésére az egyik mód a megelőző orvoslásra való összpontosítás, a sport népszerűsítése és a fejlett informatikai eszközök alkalmazása az egészségügyi ellátásban. Ezen eszközök közé tartoznak a viselhető eszközök, az IoT („Internet of Things”, Dolgok Internete), a Big Data és az AI (Artificial Intelligence, mesterséges intelligencia). Ennek a narratív áttekintő cikknek a célja, hogy bemutassa a terület jelenlegi állását, hogy támogassa a szakirodalom feldolgozását az új kutatások kezdetén, áttekintve a főbb szakirodalmakat, amelyek az adatkezelés három funkciójára összpontosítanak: az adatgyűjtésre, -tárolásra és -feldolgozásra. A tanulmányok számszerűsítéséhez lekérdezéseket futtattunk a ScienceDirect, PubMed, Web of Science, Google Scholar adatbázisokban. A lekérdezésekben használt kulcsszavak a következők voltak: „Internet of Things”, „Big Data”, „Artificial intelligence” és „Wearable devices”, kiegészítve az „health” és „sports” kifejezésekkel, így összesen 8 lekérdezést futtattunk le minden adatbázisban. Csak olyan tudományos cikkeket választottunk ki, amelyek konkrét eredményeket tartalmaznak, az egészségügyben vagy a sportban használt IKT-eszközöket mutatnak be, és teljes mértékben elérhetőek voltak intézményünk hálózataról, így 35 cikket vizsgáltunk meg. A lekérdezések eredményei azt mutatják, hogy a legtöbb esetben a szakirodalom több, mint 50%-a 2019 óta jelent meg, tehát a téma jelenleg erősen kutatott terület. A Science Directben átlagosan a publikált munkák 59,57%-a, a PubMedben 74,49%-a, a Web of Science-ben pedig 77,18%-a jelent meg 2019-től.

A fent említett informatikai eszközök az egészségügy és a sport területén jelentősek. Jelentőségük leginkább a megelőző orvostudomány és az orvosi kutatások innovációjának előmozdításában érhető tetten.

Beérkezett: 2024.05.01.

Bírálat: 2024.07.02.

Elfogadva: 2024.10.22.

Introduction

Today, the health sector is facing increasing challenges in ensuring its viability, both in terms of funding and human resources. Achieving one year of health gain is becoming increasingly costly, and there is a pressing need for a paradigm shift in medicine, as the efficient use of existing resources is an important issue (Sun et al. 2019). Classical medicine is reactive, with patients presenting to a doctor with pre-existing symptoms. However, the paradigm shift that is currently taking place will make medicine proactive, in which disease prevention and prediction, the anticipation of disease, will be a very

important factor, saving considerable resources that could be spent on curing existing diseases (Shackleton and Gage 1995).

One of the most important tools for prevention is the development of sporting habits, which is influenced by many background factors (Charlton et al. 2014; Drake et al. 2015). In addition to stimulating sport, advanced information technology tools can be used to bring preventive medicine to the fore. The most advanced IT tools that can be used for this purpose are wearables, Internet of Things tools, Big Data and artificial intelligence. This article aims to present the state of the art in these disciplines.

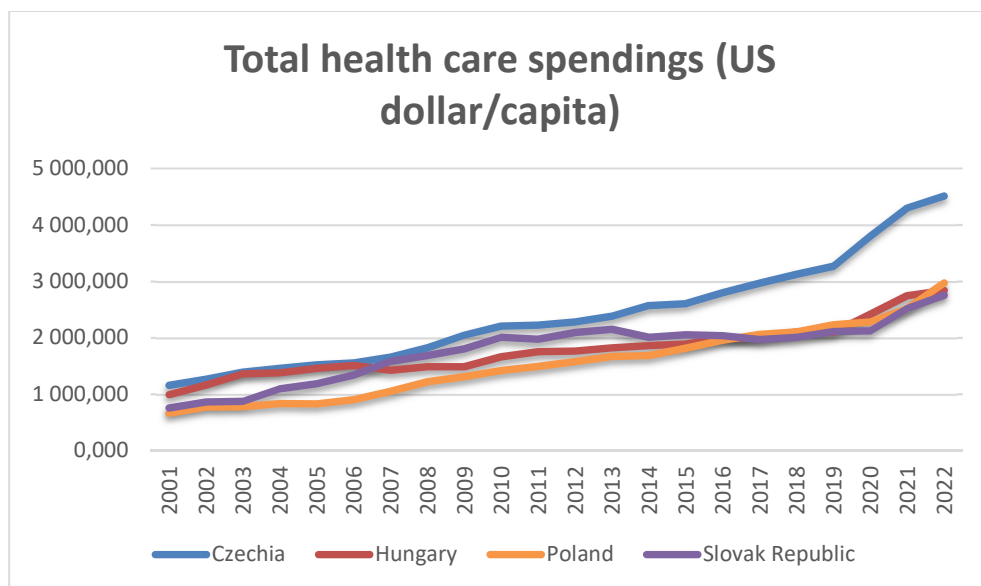
Theoretical background

The Internet of Things (IoT) system is based on the advanced interconnection and co-operation of separate smart devices that can be used on their own (Hossain et al. 2018). During data collection, we collect an extraordinary amount of structured and unstructured data, which needs to be stored in huge databases, so it is necessary to clarify the concept of Big Data. Big Data is a large amount of data, but the term does not only refer to the amount of data, but also implies that this amount of data needs to be analysed using advanced methods in order to extract information and draw conclusions (Chang 2016). For such a large amount of data, artificial intelligence can be the answer as an appropriate analytical method. Artificial intelligence (AI) is the term used for computer systems developed to perform tasks that traditionally require human intelligence. These may include visual perception, speech recognition, decision-making or translation into a foreign language (Galimova et al. 2019). The importance of these technologies is significant in different sectors of the economy, but their impact in the health sector can be significant and has been recognised in many countries. The above-mentioned ICT (Information and Communication Technologies) devices can play an important role in both the treatment and prevention of diseases.

The management of chronic diseases places a very heavy burden on the economy. The cost of cardiovascular disease in the European Union is estimated at around €210 billion per year, according to European statistics (2017). Large labour shortages are also expected soon due to an ageing population (Wang et al. 2016). Health care expenditure is also steadily increasing, as shown in Figure 1. The data shows that the health care spendings in US dollars per capita has increased significantly in the Visegrad Group countries since 2001. One solution to reduce treatment costs could be to use

previously unused treatment methods that introduce new methods including ICT devices at a lower cost than developing a new medical procedure. This could include the use of IoT, Big Data and AI devices mentioned above.

Figure 1.: Total health care spendings (US dollar/capita) (own ed.)



Source: own ed. based on OECD Data Explorer (<https://data-explorer.oecd.org/>)

In modern medicine, the emphasis is mostly on treatments. In ancient times, Greek, Chinese and Indian medicine proclaimed that the secret to longevity was in physical activity and a proper diet (Jákó 2012). The Lalonde Report, published in 1974, was the first to include a diagram of the „health field”, which suggests that health is influenced by four factors: biological, lifestyle (including exercise habits), environmental and health care factors (Lampeš 2015). However, this theory emphasises the importance of prevention. Improving disease management practices is therefore not enough to solve the health care’s problem, as the solution for chronic diseases lies mainly in prevention.

Sport also plays a role in disease prevention. According to Nádori, sport is "physical activity that is practised according to specific rules, as a pastime or competitively. It has its origins in history and its present-day appearance as a solid social phenomenon, part of culture in all its forms." (Nádori 1976).

During sport-related investments planning it is essential to consider the factors that influence participation in sports. For instance, gender can impact

sporting behavior, just as engaging in sports can affect traits like resilience (Blanco-Garcia et al. 2021). However, in analyzing the development of sporting behavior, it's important to emphasize the role of adolescent influences, including physical fitness, parental attitudes, gender, academic performance and socioeconomic background (Charlton et al. 2014; Drake et al. 2015; Herpainé Lakó 2021). Additionally, the significance of housing conditions and the type of settlement, which have been highlighted in various studies and may also affect motivation, should not be overlooked (Jiménez-Pavón et al. 2010; Guszowska et al. 2016).

Hungarian studies have also shown that the type of place of residence plays a role in sporting habits. A larger proportion of rural respondents (31.5%) exercise at home compared to urban respondents (17%); 17.4% of urban respondents exercise in fitness and wellness centres compared to only 8.7% of rural respondents; 18.4% of urban young adults prefer club-based sports compared to only 15.2% of rural respondents (Kinczel et al. 2021). Physical activity also has an impact on overall health behaviour, with active lifestyles stimulating healthy eating (Veréb and Emri 2023). It also plays a role in maintaining physical and mental health and preventing the development of harmful addictions, thus influencing overall quality of life (Mikulán et al. 2010) and extends life expectancy (Tóth 2021).

Community support, involvement of sports clubs and easier access can significantly enhance sporting habits (Golle et al. 2014). However, the outbreak of SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) in 2019 had a profound impact on community activities of this nature, potentially affecting sports participation, especially at the community or team level (Pfau and Kanyó 2023; Thompson 2022). One study found that distance learning during this period positively influenced individuals' attitudes toward sports (Barrett et al. 2021). Nevertheless, it is important to note that managing such initiatives would require substantial human resources. To address this challenge, Internet of Things (IoT) devices can be employed to enable remote monitoring in sports education (Gong et al. 2018; Yu 2018). In addition to IoT devices, it is important to highlight wearable devices as they are mobile devices that are usually with us, and thus can track our physical activity. The role of these devices is also important because they provide objective metrics to measure performance, as they can track a number of vital parameters such as heart rate, blood pressure, respiration rate, etc., and thus can be used to assess

health status (Wan et al. 2018; Xiao et al. 2020). These feedbacks can also affect motivation (Juhász et al. 2020).

As we can see from the literature review, the role of ICT tools is very important in the field of health and sport behaviour development. However, due to the wide range of devices used, there is such a large amount of literature available on this topic that it is difficult to review and extract relevant information at the beginning of a research project. The aim of this article is to summarise the relevant literature, present the most commonly used tools in the research area and recent research through a narrative literature review to help starting new studies.

At the same time, the use of ICT tools to manage data which reflect health conditions implies the need to follow the legislation on the processing of personal data. Data management refers to the collection, storage, processing, use, transmission, disclosure, modification and protection of personal data (Bíró 2006). The literature review has divided data management by ICT tools into 3 main categories: data collection, data storage and data processing. This paper presents the articles processed for these three groups.

Material and method

There is a significant amount of literature on the subject in several scientific databases. To quantify the studies, we ran queries in ScienceDirect, PubMed, Web of Science, Google Scholar. These four databases were chosen because they are scientific databases that contain a significant number of peer-reviewed articles on the subject, many of which are available in full in English. Of all the results, we highlighted those published in the last 5 years, i.e. from 2019 onwards (Table 1).

In terms of keywords, we used terms covering the four major topics of our article - IoT, Big Data, Artificial Intelligence and Wearable Devices, - because these are the main types of ICT tools and methods used in the field - we complemented this with the terms health and sports so that we ran 8 queries per database. A list of the search expressions and boolean operators is also provided in Table 1.

Results

Looking at the data, we can see that a significant part of the literature for most search terms has been published in the last 5 years, excluding the Google Scholar database. These are also shown as a percentage of the total number of hits for

the keywords. In red, we have highlighted those cases where at least 50% of the total hits appeared from 2019 onwards. For Science Direct, the percentages were lower for 3 terms, but still above 40%, and for the total search, the average number of hits for the last 5 years was 59.57%. For PubMed, all cases were above 50%. The average percentage was 74.49%, which is very high. For Web of Science, we also obtained a value above 50% in all cases, with an average of 77.18%. In Google Scholar, the values were well below those of the other databases, but it should be noted that this is the least accurate search engine of all those listed, as shown by the magnitude of the total number of hits.

Reviewing the search terms from 2019, different topics can be highlighted per database. In Science Direct, the most popular topics were Big Data healthcare and Artificial intelligence healthcare. In the PubMed database, the most prominent term was Artificial intelligence in healthcare, which had a multiple of the hits of the other keywords. Artificial intelligence healthcare and Internet of Things healthcare were the most popular terms in the Web of Science. In Google Scholar, Wearable device healthcare was the most popular topic for researchers. (Table 1).

We can see that the results of the search terms are very heterogeneous, but the term Artificial intelligence healthcare has given a high number of hits in the 4 databases we have studied. In any case, it is important to highlight the importance of this topic, which has many potentials and important research results to be expected.

We wanted to include scientific articles that deal with methods for collecting, storing and processing data on health and physical activity - the chapter on the Presentation of content follows this logic. For our narrative literature review, we have selected studies that are scientific articles, contain concrete results or present ICT technologies that are novel in their use in health or sport. We excluded from the review the articles that are not scientific articles (e.g.: proceeding papers, science promoting articles, book reviews, etc.), do not contain concrete results, do not present ICT tools used in health or sport, or presenting methods to improve health or sporting behaviour that do not use any of the four main methods we presented (IoT, wearables, Big Data, AI) or were not fully available from our institution's network. After screening, 35 articles were examined for content.

In the following, a review of the role of the four themes in health and sport is presented, with an overview of the main research results and innovative tools.

Table 1.: Survey results and their percentage distribution in the databases examined for the whole period and since 2019 (own ed.)

Search term	Science Direct			PubMed			Web of Science			Google Scholar		
	All results	Since 2019	Since 2019 %	All results	Since 2019	Since 2019 %	All results	Since 2019	Since 2019 %	All results	Since 2019	Since 2019 %
Internet of Things healthcare	23525	16581	70.48%	1570	1327	84.52%	7230	5764	79.72%	2130000	24600	1.15%
Internet of Things sport	11985	5186	43.27%	165	148	89.70%	578	464	80.28%	869000	18800	2.16%
Big data healthcare	63341	38655	61.03%	5799	3783	65.24%	5574	3741	67.12%	3990000	26200	0.66%
Big data sport	38670	15751	40.73%	758	580	76.52%	1275	869	68.16%	2400000	18300	0.76%
Artificial intelligence healthcare	31922	27359	85.71%	17938	13590	75.76%	7801	7388	94.71%	2760000	18600	0.67%
Artificial intelligence sport	10619	6259	58.94%	4119	2705	65.67%	971	836	86.10%	757000	18000	2.38%
Wearable devices healthcare	25111	17563	69.94%	4370	2574	58.90%	4613	3297	71.47%	490000	41500	8.47%
Wearable devices sport	16905	7854	46.46%	2356	1876	79.63%	1292	903	69.89%	97900	16800	17.16%
Average %			59.57%			74.49%			77.18%			4.18%

Source: own data collection from databases

Presentation of content

Wearable devices and Internet of Things

Portable devices in healthcare - Telemonitoring

Wearable devices are of paramount importance in remote monitoring, which involves monitoring the user's vital signs outside healthcare facilities. Data collection can be periodic or continuous (Kő and Szabó 2015). The way in which data are collected depends on the purpose for which they are used. Typically, data collection applications can be installed on smartphones, used with smartwatches, smart bracelets, or combined with smart devices in the home (Internet of Things, IoT) and connected to the data collection centre via various wireless networks. The system can then analyse the data and make recommendations to the patient or the doctor, so that the patient can receive personalised treatment at their next visit. Of particular importance is that in certain emergency situations, in case of sickness, it can also help to detect the pathological condition in time, assist the on-site care team and help the patient. The use of such an application is of particular importance in view of the increasing number of patients with cardiovascular disorders and the longer response times for ambulances (Yang et al. 2013).

Wearable devices in sport

Smart devices can improve lifestyle by stimulating continuous physical activity. However, in addition to smartwatches and smart bracelets, other devices are available to measure other variables beyond those normally measured by smartwatches, thus complementing physical activity monitoring. In a study on three subjects, the use of a smartwatch in combination with a smart scale increased maximum BPM (beats per minute), thereby increasing adaptability to exercise and reducing body weight, thus improving subjects' body mass index. A disadvantage of this study is that it was conducted in a small number of subjects, so its results should be treated with caution (Chong et al. 2021). Another valuable parameter may be the measurement of blood oxygen levels. A research has shown that wearable devices can also be an excellent way of measuring this. After analysis, the data obtained from these can be used to reflect a healthy lifestyle and to assess changes in aerobic system dynamics, such as cardiorespiratory fitness and the index of general health (Beltrame et al. 2018).

A wireless blood pressure monitor can also be added to the smartwatch, for example. Such a study was initiated by Golbus and colleagues and was divided into two phases: a 45-day intensive collection phase (Phase 1); and a 3-year longitudinal follow-up phase (Phase 2). Based on data from the first 45 days of Phase 1 and Phase 2, they found that blood pressure and resting heart rate varied by sex, age, race and ethnicity, with men having higher blood pressure and participants aged 65 years and older having lower heart rates. The number of steps per day and distance walked were lower in women and those aged 65 years and over. Socio-demographic factors should therefore be taken into account when planning such interventions (Golbus et al. 2021).

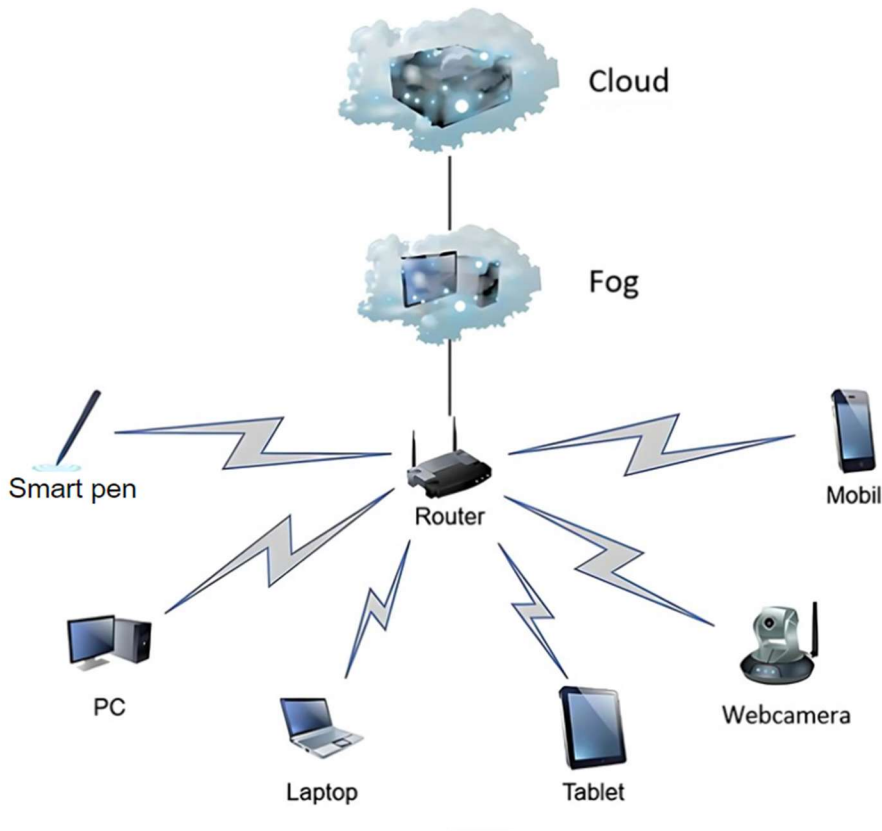
Types of data collectors, data processing

According to a 2016 US study, data collection devices can be classified into three categories: implantable, wearable and external mobile devices that collect data on patients' health in real time and store it on a cloud-based system. This approach allows for the storage of large amounts of data and easy access to data, making it easy to automate data analysis (Shinbane and Saxon 2016).

According to the paper documenting the research, in order for this automation to take place, a purpose-built digital infrastructure with artificial intelligence as a key component needs to be put in place. The system will process the data as it is collected and report only those cases that deviate from the normal values. Examples include a spike in heart rate or much higher than normal blood pressure. It allows to study cases that could not have been observed before, as a wide range of patients can be observed regardless of their geographical location, and more accurate information can be obtained by continuous data collection. Such systems still require much analysis, appropriate infrastructure and patient-patient interaction to be effective, to improve quality of care, costs, accuracy of diagnosis and overall patient perception, and potentially to create a global health system (Shinbane and Saxon 2016).

Fog computing is also used in the application of IoT devices, which refers to the processing of data at the logical layer between cloud-based data storage and IoT devices (Figure 2).

Figure 2: Location of fog in the IoT



Source: own ed.

The importance of this was highlighted by Mutlag et al. in their work summarising 99 peer-reviewed papers. According to the literature reviewed in their survey, the importance of Fog computing is important in real-time, low-latency, high-response-time domains, such as healthcare. Resource sharing is one of the most important elements of fog computing, providing, among other things, low latency, higher security and better error tolerance. The research reviewed focuses on very different areas, showing that the field is still very untapped, but the potential is remarkable (Mutlag et al. 2019).

Healthcare and technology have always been intertwined, but this relationship has changed significantly in recent years due to the rapid development of IoT and the popularity of wearable devices. This has led to personalised healthcare, improved access to healthcare and a level of customisation never seen before. These advances, while exciting, must be accepted with care, as there remain legitimate concerns about consistency,

safety, cost-effectiveness and other critical factors. Many changes are needed to make this technology viable in the medical field. Most importantly, the hardware and software must be designed to work well with the new "Internet of Things" technologies to address their role in healthcare. The aforementioned article examined many important aspects of IoT e-health technology, including wearable health sensors, body surface sensors, advanced comprehensive health systems and Big Data analytics, which are of paramount importance for the delivery of e-health services (Firouzi 2018).

As data collectors continuously collect data, they create a huge amount of data, which can be structured or unstructured. This dataset is collectively referred to in the literature as Big Data (Manogaran et al. 2018). We will discuss Big Data in more detail in the next chapter.

Electronic Health Record (EHR) and its benefits

One method of storing health data is the electronic health record (EHR), which is a digital format for storing information about a patient's health status (Sahney and Sharma 2018). Another way of describing an EHR is that it is a 'long-term health record', which includes all the information about a patient in the health record, such as the patient's health profile, behavioural and environmental information (Amatayakul 2007).

The EHR also contains demographic or personal information in addition to health data, such as age, weight, billing information, and vital signs, past and present medical history, family medical history, medication and allergy history, immunization information, laboratory test results, and radiology images, and can be shared among providers. According to Sahney and Sharma, digital health records reduce the risk of data replication because files can be shared between different health systems, modified and updated, which reduces the risk of lost paperwork. EHR systems can be useful in extracting medical data from large population studies, which can also predict long-term trends in patient condition changes, and help improve patient health through better disease management.

The article identified five important aspects in which EHR systems are significantly preferable to paper-based health records, as follows (Sahney and Sharma 2018):

- cost,
- storage,
- security,

- access
- legibility and accuracy.

Critical factors in EHR implementation

However, there are a number of key factors to consider when implementing EHR systems. Gesulga and colleagues have conducted a detailed review of the literature analysing the barriers to EHR system implementation. Their summary provides insights into how barriers to EHR implementation relate to information systems resources. User resistance, lack of education and training, and data security concerns were the main barriers identified by the literature articles analysed. It is also important to examine how individual health care institutions are addressing these problems (Gesulga et al. 2017). EHR capacities need to be maximised to improve the quality, safety, efficiency and effectiveness of health care systems (Sahney and Sharma 2018).

Big Data

As mentioned above, Big Data involves not only huge amounts of data, but also the processing of that data. The importance of the subject is demonstrated by the fact that the President of the United States of America has approved an investment of around USD 200 million for research into Big Data (Chang 2016).

Dimensions of Big Data

According to several approaches, Big Data is characterised by 5 important dimensions, each of which is named with the letter "v", and can therefore be referred to as the 5 "V"s. The first dimension is volume, which is also the name of the concept. The second dimension is variety, which can easily exist with large amounts of data, with many combinations of structured and unstructured data types. One of the reasons for this is that data come from multiple sources and in multiple forms. The third dimension is velocity, which, by definition, refers to the speed with which data can be processed. For large datasets, the speed of performing operations and analyses is crucial, otherwise the result will no longer be relevant after a long waiting time, especially when dealing with rapidly changing data, such as health data.

The fourth dimension is veracity. As we will draw conclusions from the results, it is an essential property, as wrong conclusions can be drawn from wrong results and these can form the basis for wrong decisions. The fifth

dimension is value, which is the value of this data set to the institution or user using it. This depends, of course, on the nature and function of the institution or company processing the data (Chang 2016; Palanisamy and Thirunavukarasu 2017).

It is important to note that very different analytical applications can be used. Therefore, it can be an extremely big mistake to rush into purchasing expensive Big Data tools without thinking it through, and organisations should first understand the mechanics of each Big Data analytics system before making a purchase (Sivarajah et al. 2017). In the near future, other new features, best practices, benefits and outcomes of this technology may become even more prominent. In the light of these future opportunities, the potential of Big Data research with a strategic focus could help to increase the number of technological and management-oriented research projects (Wang et al. 2018b).

Linked data

Big Data is characterised by the diversity and unstructured nature of data types, as discussed above. In this context, it is worth mentioning the concept of linked data, also known as open data, which are structured, mostly publicly accessible data sets. Although there is much disagreement among publishing experts on the concept of Big Data, there is agreement that linked data falls into this category. The relevance of Big Data in research is that it provides an excellent environment for testing different data processing methods, as it is composed of automatically interpretable linked data that can be combined with each other. Whether structured or unstructured data, similar methods are needed to organise, maintain, manage, explore and use them (Drótos 2014).

Big Data in healthcare

In terms of Big Data, there is also a lot of research in the healthcare sector to ensure that the increasing amount of data generated in the sector is not only stored for archiving purposes, but that the information is extracted from it in the most useful way. According to Krittanawong's article, in everyday clinical practice, physicians are under more pressure than ever to innovate due to the rapid, exponential growth of health data (Krittanawong 2018). In fact, Big Data itself, in its raw form, is meaningless, but its processing can, among other things, accelerate breakthroughs in medicine - which in turn can change current clinical practice. Doctors can analyse huge data sets, but this currently requires a lot of time and sophisticated analytical tools such as supercomputers. The

rise of artificial intelligence in the era of Big Data, however, can help doctors shorten processing times and improve the quality of patient care in clinical practice (Krittanawong 2018).

Wang and colleagues (2018a) were able to identify five big data analytics capabilities based on content analysis of 26 Big Data-based cases in healthcare, which were:

- ability to analyze nursing patterns,
- ability to analyze unstructured data,
- decision support capability,
- inference ability,
- traceability.

Analytical capability refers to the techniques commonly employed in Big Data analytics systems to process vast amounts of highly variable data at high speeds, utilizing specialized technologies for data storage, management, analysis, and visualization. In healthcare, analytical capabilities can be harnessed to identify patterns of care and uncover associations within extensive health records, providing a comprehensive view of evidence-based clinical practices. Health analytics systems address the increasing demand from healthcare organizations to process large data volumes in parallel, manage real-time or near-real-time data, and capture visual data from patients or their medical records.

The primary distinction between the analytical capabilities of Big Data analytics and traditional data management systems lies in the former's unique ability to analyze semi-structured or unstructured data. In healthcare, unstructured and semi-structured data encompass information that cannot be stored in traditional relational databases or conform to predefined data models. Examples include XML-based electronic health records (EHRs), clinical images, administrative records, and laboratory results.

Decision support capability is designed to assist managers in making informed decisions and taking appropriate actions. This capability typically generates shareable information and knowledge, such as patient histories, summaries, detailed queries, statistical analyses, and time series comparisons. Such information is invaluable for implementing evidence-based medicine, identifying advanced disease surveillance alerts, and enhancing personalized patient care. Inference refers to the ability to build and evaluate models that produce accurate predictions for new observations, utilizing sophisticated

statistical tools and models that provide insights into future conditions. Traceability involves tracking data across all information technology components within an organization's service units. Healthcare-related data - such as activity and cost-based data, clinical data, pharmaceutical research and development data, and even patient behavior data - are often collected in real-time or near real-time from healthcare providers, pharmaceutical companies, consumers, and stakeholders outside the healthcare sector (Wang et al. 2018a).

However, there are still significant challenges in the health sector, where complex data often needs to be managed and data protection issues can be much more prominent than in other areas. Nevertheless, it seems clear that the above approaches can be used for a wide range of purposes, such as stratification of patients, improvement of triage systems and prediction of decompensation. To make this possible, governments need to develop policies that allow the collection of and access to large data sets, as only as a result can accurate and high-quality predictions be made and benefits realised (Bates et al. 2018).

Big Data in sports

Sports big data come from the Internet and show a rapid growth trend. Sports big data contain rich information such as athletes, coaches, athletics, and swimming. Big Data applications in sports mainly focus on evaluation and forecasting. Their prominent methods include predicting athlete performance in knowledge graphs, finding rising stars in sports, creating a unified sports big data platform, providing open sports big data, and protecting privacy (Bai and Bai 2021). In sports management, big data is used on and off the field to guide decision-making across the sector (Watanabe et al. 2021).

Critics of Big Data

As with all scientific methods, it is important to analyse the results of Big Data critically, taking into account the negative factors. One of the strongest critics of Big Data, Jordan, points out the following in his article published in 2015. It is a serious, thoughtful task to ensure that we can use the technology to get the right data to the right person at the right time. For patient records, this could mean:

1. Relevant data

It is not only the veracity of the data that is worth questioning, but also the applicability of the data and, perhaps most importantly, the availability of the data.

- If a specific record contains data from, for example, fitness apps, how can we verify that the data was actually generated by the patient?
- Are the records kept from electronic health records up to date?
- Do we have appropriate access to the data? We may have advanced EMR (electronic medical record) datasets, but do we also have agreements with popular fitness providers or patient-centric data collectors?

2. The right person

When we think about the right person, we should not only think about the analysts themselves, but also consider the technology that the analyst may use.

- How well are the physicians involved in the processing able to see through the data sources in the registry?
- Do we have technology that can ask questions in the right way, can interrogate the data and in doing so can use the whole medical record?

3. The right time

When using Big Data technology, we have to face the fact that the underlying data can change in a very short time.

- Can we reach individual patients in the time interval when their physical condition, adherence to therapy and the data in their current medical records are appropriate for our research?
- Have there been any life events that have negatively affected the patient's adherence to therapy, even years ago?
- Has the patient's medical history been checked against the inclusion/exclusion criteria of the clinical trial (Jordan 2015)?

Artificial intelligence

The importance related to Big Data lies in the fact that it can easily automate the processing of structured and unstructured data, which is essential when using Big Data.

Shapiro defined artificial intelligence (AI) in the early 1990s as the branch of science and engineering focused on understanding computational aspects of intelligent behavior and creating systems that exhibit such behavior (Shapiro 1992). AI systems are essentially programs that enable computers to operate in

ways that give the impression of intelligence. The British mathematician Alan Turing, one of the pioneers in modern computer science and AI, explored the concept of intelligent behavior in computers, particularly their ability to perform cognitive tasks at a human level. This line of inquiry eventually led to what is now widely known as the "Turing test."

Artificial intelligence and learning

Machine learning, a prominent area within AI, encompasses a range of techniques designed to tackle the intricate challenges of Big Data by uncovering patterns in the interactions between variables. Unlike traditional statistical methods, machine learning emphasizes the development of automated clinical decision systems, such as those for predicting readmission and mortality, which assist physicians in making more accurate forecasts beyond basic statistical projections.

Krittanawong and colleagues categorize machine learning into three types: reinforcement, supervised and unsupervised learning. In supervised learning, algorithms rely on a dataset labeled by humans to predict a specific, known outcome. This approach is particularly effective for classification and regression tasks, but it demands extensive data and is labor-intensive, as the labeling process must be done manually. On the other hand, unsupervised learning is used to uncover new disease mechanisms, genotypes, and phenotypes by identifying patterns within the data without human labels. The goal here is to detect hidden structures in the data. For instance, training medical residents before they see patients can be likened to supervised learning, where labels are provided. Conversely, allowing doctors to examine patients without prior labeling, learn from their mistakes, and devise their own treatment plans corresponds to unsupervised learning. Certain algorithms, like Artificial Neural Networks (ANNs), can be trained using either supervised or unsupervised methods to enhance the accuracy of automated predictions. Lastly, reinforcement learning serves as a blend of supervised and unsupervised learning. It seeks to improve algorithm accuracy by leveraging and interpreting trial-and-error processes (Krittanawong 2017).

The role of artificial intelligence in the medical sciences

The application of AI technology in surgery was first explored by Gunn in 1976, when he explored the possibility of diagnosing acute abdominal pain using computer analysis (Gunn 1976). The development of medical AI has

been coupled with the development of AI programs to assist the physician in making diagnoses, therapeutic decisions and predicting outcomes. One of the roles of AI is to support healthcare workers in their daily tasks by assisting them in performing tasks based on manipulation of data and knowledge. Such systems include artificial neural networks, fuzzy expert systems, evolutionary computation and hybrid intelligent systems (Ramesh et al. 2004).

The use of artificial intelligence techniques in health research has increased dramatically in recent years. The ability to generate and store datasets of unprecedented size and the speed of computation has enabled an explosion in the development of artificial intelligence. It was the image-based diagnostic area of healthcare that was directly transformed by AI, think of the possibilities in dermatology, radiology or pathology. In their pioneering study, Esteva and colleagues used Google's Inception convolutional neural network architecture to classify melanoma and non-melanoma features in images of skin lesions. Their results showed a picture broadly in line with the consensus of experts (Esteva et al. 2017). In another study, Campanella and colleagues exploited the potential of AI by diagnosing images of biopsies that were likely to have prostate cancer features (Campanella et al. 2018). And Bejnordi and colleagues have used AI to classify histological material with high accuracy in terms of whether it showed features of benign or malignant breast cancer (Bejnordi et al. 2017).

A key factor contributing to the success of AI-driven diagnostics is the incorporation of a wide array of algorithms into the training process. Another significant source of big data is the electronic health record, which holds immense potential for AI-based analysis. This record provides a unique opportunity to leverage comprehensive patient data, encompassing details about treatments, diagnoses, relapses, and co-morbidities. It's no surprise that AI researchers have utilized this data to develop predictive models - employing both linear models and neural networks - to address various patient care challenges, such as predicting readmissions or assessing the risk of specific medical events (Gilvary et al. 2019).

Manogaran and his team have achieved notable progress at the intersection of artificial intelligence and medicine by employing the previously mentioned IoT tools. Their paper introduces a GC (Grouping and Choosing) architecture, named MF-R (Meta Fog-redirection), designed for continuous patient health monitoring. This architecture is composed of three phases: data transmission, data collection and Big Data storage. During the data collection phase, IoT

sensors monitor the patient's health by measuring indicators such as heart rate, respiratory rate, body temperature, blood pressure and blood glucose levels. The gathered data is stored on Amazon S3 cloud storage. To safeguard this data in the cloud, the GC architecture, along with a key management scheme, is implemented to prevent unauthorized access. The GC architecture categorizes data into critical, sensitive and normal, thereby providing tailored security services. Once the data is stored in the cloud, the IoT-based health monitoring system applies the SGD (Stochastic Gradient Descent) algorithm with logistic regression to predict heart disease. Historical clinical data, sourced from the Cleveland Heart Disease Database (CHDD), was also utilized to "train" the prediction model. The effectiveness of this health prediction system was evaluated using several metrics, including Specificity, Sensitivity, Recall, Precision and F-Measure. Additionally, CPU demand and arrival time were considered as critical parameters for assessing the efficiency of the monitoring system (Manogaran et al. 2018).

Krittawong and colleagues (2017) achieved the aforementioned results in their research on cardiovascular (CV) disease. They believe that deep learning's application in Big Data analytics holds significant promise for uncovering new genotypes and phenotypes associated with various CV diseases, including HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction), Brugada syndrome, hypertrophic cardiomyopathy, Takotsubo cardiomyopathy, primary pulmonary hypertension (PH), hypertension (HTN), metabolic syndrome and atrial fibrillation. The advancement of artificial intelligence and precision medicine is poised to enhance the treatment of cardiovascular conditions.

In the future, cognitive computing systems like IBM Watson could become standard tools in healthcare settings, assisting doctors in making informed decisions and predicting disease outcomes. While AI will not replace doctors, it is crucial for physicians to understand how to effectively utilize AI to formulate hypotheses, conduct Big Data analysis, and optimize AI's application in clinical practice, paving the way for an era of precision CV medicine. However, overlooking the challenges associated with AI could skew its impact on CV care (Krittawong et al. 2017).

Artificial intelligence in sport

Recent studies are increasingly focusing on the application of AI in analyzing basketball team and player performance, predicting tournament outcomes, shot

analysis and prediction, AI-based training systems, intelligent training machines and arenas, and sports injury prevention. The majority of research indicates that AI technology can enhance the training quality of basketball players, assist coaches in devising effective game strategies, prevent sports injuries, and increase the enjoyment of the game (Li and Xu 2021; Beal et al. 2019). Moreover, recent advancements in applying artificial intelligence to orthopedic surgery and sports medicine have shown significant potential in predicting injury risks for athletes, interpreting advanced imaging, evaluating patient-reported outcomes, reporting value-based metrics, and enhancing patient experiences (Ramkumar et al. 2022).

Researches using artificial intelligence

In recent years, the identity of medicine as a data-rich, quantitative discipline has been significantly reinforced, particularly through the widespread adoption of electronic data collection and management systems in both clinical practice and biomedical research. This abundance of data is driving the transformation of medicine into a robust, numerically based science, while also opening up new avenues for conducting biomedical research. Data-driven studies are becoming increasingly prevalent, focusing on uncovering new and often unexpected insights. Imaging and molecular diagnostics have become standard tools for the precise assessment of diseases, and the expansion of guidelines and protocols has helped to standardize patient care.

Effectively harnessing knowledge is also crucial in developing decision-making tools and extracting meaningful information from data. In this context, the field of intelligent data analysis is particularly relevant. Given the broad applications of AI in medicine - from molecular medicine to organizational modeling - it is advisable to reassess the role of human reasoning and cognitive science in these areas (Patel et al. 2009).

Summary

Currently, medicine is facing a severe shortage of human and financial resources. Treating chronic diseases and research into new treatments is increasingly expensive. To address this, treating diseases with different, cheaper treatments using ICT tools and preventive medicine has become a priority, which can be achieved by promoting sport and using advanced IT tools such as wearables, Internet of Things (IoT), Big Data and artificial intelligence. The paper presented the current state of the art in the field by

analysing the major literature works following the logic of data management (data collection, data storage, data processing). For the research, queries were run on ScienceDirect, PubMed, Web of Science and Google Scholar databases using the keywords "Internet of Things", "Big Data", "Artificial intelligence" and "Wearable devices", supplemented by the terms "healthcare" and "sports". The results show that most studies were published from 2019 onwards, indicating that this topic is currently an active area of research. The percentage of new works published since 2019 is over 50% in all databases except Google Scholar, and 4.18% in Google Scholar, but the accuracy of this search engine may be lower. Research shows that these IT tools have a major impact on health and sport, playing a prominent role in preventive medicine and innovation in medical research.

Limitations

From the literature review carried out, we can see that the importance of ICT tools in health care treatments, studies and prevention is highlighted, with a significant amount of recent literature available in the field. However, it should be highlighted that when using ICT tools in this way, it should be borne also in mind that user resistance, lack of training and data security may be problems, which need to be taken into account and to which institutions using these methods should pay particular attention.

References

1. Amatayakul M. (2007): Electronic health records: A practical guide for professionals and organizations. Chicago, American Health Information Management Association.
2. Bai Z.; Bai X. (2021): Sports big data: management, analysis, applications, and challenges, *Complexity*, 2021(1).
3. Bates D. W.; Heitmueller A.; Kakad M.; Saria S. (2018): Why policymakers should care about “big data” in healthcare, *Health Policy and Technology* 7(2). 211-216.
4. Barrett S.; Rodda K.; Begg S.; O’Halloran P. D.; Kingsley M. I. (2021): Exercise and COVID-19: reasons individuals sought coaching support to assist them to increase physical activity during COVID-19, *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 45(2). 133-137.
5. Beal R.; Norman T. J.; Ramchurn S. D. (2019): Artificial intelligence for team sports: a survey, *The Knowledge Engineering Review*, 34. e28.
6. Bejnordi B. E.; Zuidhof G.; Balkenhol M.; Hermesen M.; Bult P.; van Ginneken B.; Karssemeijer N.; Litjens G.; van der Laak J. (2017): Context-aware stacked convolutional neural networks for classification of breast carcinomas in whole-slide histopathology images, *Journal of Medical Imaging* 4(4). 044504.
7. Beltrame T.; Amelard R.; Wong A.; Hughson R. L. (2018): Extracting aerobic system dynamics during unsupervised activities of daily living using wearable sensor machine learning models, *Journal of Applied Physiology* 124(2). 473-481.
8. Bíró Endre (2006): *Jogi szótár*. Budapest-Pécs, Dialóg Campus Kiadó.
9. Blanco-García C.; Acebes-Sánchez J.; Rodriguez-Romo G.; Mon-López D. (2021): Resilience in Sports: Sport Type, Gender, Age and Sport Level Differences, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(15). 8196.
10. Campanella G.; Silva V. W. K.; Fuchs T. J. (2018): Terabyte-scale deep multiple instance learning for classification and localization in pathology, *arXiv preprint arXiv:1805.06983*.
11. Chang A. C. (2016): Big data in medicine: The upcoming artificial intelligence, *Progress in Pediatric Cardiology* 100(43). 91-94.

12. Charlton R.; Gravenor M. B.; Rees A.; Knox G.; Hill R.; Rahman M. A.; Jones K.; Christian D.; Baker J. S.; Stratton G.; Brophy S. (2014): Factors associated with low fitness in adolescents - A mixed methods study, *BMC Public Health* 14. 764.
13. Chong W.; Kim S.; Yu C.; Woo S.; Kim K. (2021): Analysis of Health Management Using Physiological Data Based on Continuous Exercise, *International Journal of Precision Engineering and Manufacturing* 22(5). 899-907.
14. Drake K. M.; Longacre M. R.; MacKenzie T.; Titus L. J.; Beach M. L.; Rundle A. G.; Dalton M. A. (2015): High school sports programs differentially impact participation by sex, *Journal of Sport and Health Science* 4(3). 282-288.
15. Drótos László (2014): A linked data és a big data találkozása - a tudásszervezési rendszerek szempontjából, *Tudományos és Műszaki Tájékoztatás*, 61(7-8). 305-308.
16. Esteva A.; Kuprel B.; Novoa R. A.; Ko J.; Swetter S. M.; Blau H. M.; Thrun S. (2017): Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks, *Nature* 542(7639). 115-118.
17. European Heart Network (2017): European Cardiovascular Disease Statistics <https://ehnheart.org/library/cvd-statistics/european-cardiovascular-disease-statistics-2017/> Letöltés ideje: 2024. 04. 20.
18. Firouzi F.; Rahmani A. M.; Mankodiya K.; Badaroglu M.; Merrett G. V.; Wong P.; Farahani B. (2018): Internet-of-Things and big data for smarter healthcare: from device to architecture, applications and analytics, *Future Generation Computer Systems* 78. 583-586.
19. Galimova R. M.; Buzaev I. V.; Ramilevich K. A.; Yuldybaev L. K.; Shaykhulova A. F. (2019): Artificial intelligence - Developments in medicine in the last two years, *Chronic diseases and translational medicine* 5(1). 64.
20. Gesulga J. M.; Berjame A.; Moquiala K. S.; Galido A. (2017): Barriers to electronic health record system implementation and information systems resources: A structured review, *Procedia Computer Science* 124. 544-551.
21. Gilvary C.; Madhukar N.; Elkhader J.; Elemento O. (2019): The Missing Pieces of Artificial Intelligence in Medicine, *Trends in Pharmacological Sciences* 40(8). 555-564.

22. Golbus J. R.; Pescatore N. A.; Nallamotheu B. K.; Shah N.; Kheterpal S. (2021): Wearable device signals and home blood pressure data across age, sex, race, ethnicity, and clinical phenotypes in the Michigan Predictive Activity and Clinical Trajectories in Health (MIPACT) study: a prospective, community-based observational study, *The Lancet Digital Health* 3(11). e707-e715.
23. Golle K.; Granacher U.; Hoffmann M.; Wick D.; Muehlbauer T. (2014): Effect of living area and sports club participation on physical fitness in children: a 4 year longitudinal study, *BMC Public Health* 14. 499.
24. Gong W.; Tong L.; Huang W.; Wang S. (2018): The optimization of intelligent long-distance multimedia sports teaching system for IOT, *Cognitive Systems Research* 52. 678-684.
25. Gunn A. A. (1976): The diagnosis of acute abdominal pain with computer analysis, *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh* 21(3). 170-172.
26. Guskowska M.; Kuk A.; Zagórska A.; Skwarek K. (2016): Self-esteem of physical education students: Sex differences and relationships with intelligence, *Current Issues in Personality Psychology* 4(1). 50-57.
27. Herpainé Lakó Judit (2021): A társas hatások szerepe a sportolási szokások alakulásában, *Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae Sectio Sport*, (50). 7-18.
28. Hossain M.; Islam S. R.; Ali F.; Kwak K. S.; Hasan R. (2018): An Internet of Things-based health prescription assistant and its security system design, *Future Generation Computer Systems* 82. 422-439.
29. Jákó Péter (2012): Sport, egészség, társadalom, *Magyar tudomány*, 173(9). 1081-1089.
30. Jiménez-Pavón D.; Ortega F. B.; Ruiz J. R.; Chillón P.; Castillo R.; Artero E. G.; Noriega M. J. (2010): Influence of socioeconomic factors on fitness and fatness in Spanish adolescents: the Avena Study, *International Journal of Pediatric Obesity* 5(6). 467-473.
31. Jordan L. (2015): The problem with Big Data in Translational Medicine. A review of where we've been and the possibilities ahead, *Applied and translational genomics* 6. 3-6.

32. Juhász Oszkár Mátyás; Csernák Gabriella; Makkos-Weisz Attila (2020): Okos eszközök hatása a sportolási szokásokra: kérdőíves felmérés a tudatosságról, In: Rétsági Erzsébet (szerk.): Sport- és egészségtudományi füzetek, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 13-20.
33. Kinczel Antonia; Bácsné Bába Éva; Molnár Anikó; Laoues-Czimbalmos Nóra; Müller Anetta (2021): A magyar fiatal felnőttek sportolási szokásai és a sportmotivációjuk alakulása, *Acta Carolus Robertus* 11(1). 27-38.
34. Krittanawong C. (2018): The rise of artificial intelligence and the uncertain future for physicians, *European journal of internal medicine* 48. 13-14.
35. Krittanawong C.; Zhang H.; Wang Z.; Aydar M.; Kitai T. (2017): Artificial intelligence in precision cardiovascular medicine, *Journal of the American College of Cardiology* 69(21). 2657-2664.
36. Kő Andrea; Szabó Zoltán (2015): Innovatív e-egészségügyi megoldások - A jövő internetes technológiái a távmonitoringozásban, *Pro Publico Bono: Magyar Közigazgatás* 4. 6-21.
37. Lampek Kinga (2015): Egészség, életminőség, fizikai aktivitás - a szalutogenezis diadala, In: Laczkó Tamás; Rétsági Erzsébet (szerk.): A sport társadalmi aspektusai, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 18-27.
38. Li B.; Xu X. (2021): Application of artificial intelligence in basketball sport, *Journal of Education, Health and Sport* 11(7). 54-67.
39. Manogaran G.; Varatharajan R.; Lopez D.; Kumar P. M.; Sundarasekar R.; Thota C. (2018): A new architecture of Internet of Things and big data ecosystem for secured smart healthcare monitoring and alerting system, *Future Generation Computer Systems* 82. 375-387.
40. Mikulán Rita; Keresztes Noémi; Pikó Bettina (2010): A sport mint védőfaktor: fizikai aktivitás, egészség, káros szenvedélyek, In: Pikó Bettina (szerk.): Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban, Budapest, L'Harmattan, 115-130.
41. Nádori László (1976): Az edzés elmélete és módszertana. Magyar Testnevelési Egyetem.

42. Palanisamy V.; Thirunavukarasu R. (2017): Implications of big data analytics in developing healthcare frameworks - A review, *Journal of King Saud University - Computer and Information Sciences* 31(4). 415-425.
43. Patel V. L.; Shortliffe E. H.; Stefanelli M.; Szolovits P.; Berthold M. R.; Bellazzi R.; Abu-Hanna A. (2009): The coming of age of artificial intelligence in medicine, *Artificial intelligence in medicine* 46(1). 5-17.
44. Pfau Christa; Kanyó Krisztina Zsófia (2023): Az egészségmagatartás tényezőinek változása a COVID-19 hatására, *Táplálkozásmarketing* 10(2). 17-30.
45. Ramesh A. N.; Kambhampati C.; Monson J. R.; Drew P. J. (2004): Artificial intelligence in medicine, *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 86(5). 334.
46. Ramkumar P. N.; Luu B. C.; Haeberle H. S.; Karnuta J. M.; Nwachukwu B. U.; Williams R. J. (2022): Sports Medicine and Artificial Intelligence: A Primer, *The American Journal of Sports Medicine* 50(4). 1166-1174.
47. Sahney R.; Sharma M. (2018): Electronic health records: A general overview, *Current Medicine Research and Practice* 8(2). 67-70.
48. Shackleton T. L.; Gage M. (1995): Strategic planning: Positioning occupational therapy to be proactive in the new health care paradigm, *Canadian Journal of Occupational Therapy* 62(4). 188-196.
49. Shapiro S. C. (1992): *Encyclopedia of artificial intelligence - second edition*. New Jersey, John.Wiley and Sons.
50. Shinbane J. S.; Saxon L. A. (2016): Digital monitoring and care: virtual medicine, *Trends in cardiovascular medicine* 26(8). 722-730.
51. Sivarajah U.; Kamal M. M.; Irani Z.; Weerakkody V. (2017): Critical analysis of Big Data challenges and analytical methods, *Journal of Business Research* 70. 263-286.
52. Sun Y.; Lo F. P. W.; Lo B. (2019): Security and privacy for the internet of medical things enabled healthcare systems: A survey, *IEEE Access* 7. 183339-183355.
53. Mutlag A. A.; Ghani M. K. A.; Arunkumar N. A.; Mohamed M. A.; Mohd O. (2019): Enabling technologies for fog computing in healthcare IoT systems, *Future Generation Computer Systems* 90. 62-78.

54. Thompson W. R. (2022): Worldwide survey of fitness trends for 2022, *ACSM's Health & Fitness Journal* 26(1). 11-20.
55. Tóth Miklós (2021): Fizikai aktivitás és civilizációs betegségek különböző életkorokban, *Magyar Gerontológia* 13(Kulonszam). 7-8.
56. Veréb Zsófia; Emri Zsuzsanna (2023): Általános táplálkozási és fizikai aktivitás, valamint az ezeket befolyásoló tényezők vizsgálata, *Acta Universitatis de Carolo Eszterházy Nominatae. Sectio Biologiae* 48. 87-101.
57. Wan J.; Al-awlaqi M.; Li M.; O'Grady M.; Gu X.; Wang J.; Cao N. (2018): Wearable IoT enabled real-time health monitoring system, *EURASIP Journal on Wireless Communications and Networking* 2018(1). 298.
58. Wang Y.; Kung L.; Byrd T. A. (2018a): Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations, *Technological Forecasting and Social Change* 126. 3-13.
59. Wang Y.; Kung L.; Wang W. Y. C.; Cegielski C. G. (2018b): An integrated big data analytics-enabled transformation model: Application to health care, *Information & Management* 55(1). 64-79.
60. Wang S.; Wan J.; Li D.; Zhang C. (2016): Implementing smart factory of industrie 4.0: an outlook, *International journal of distributed sensor networks* 12(1). 3159805.
61. Watanabe N. M.; Shapiro S.; Drayer J. (2021): Big Data and Analytics in Sport Management, *Journal of Sport Management* 35(3). 197-202.
62. Xiao N.; Yu W.; Han X. (2020): Wearable heart rate monitoring intelligent sports bracelet based on Internet of things, *Measurement* 164. 108102.
63. Yang L.; Yang S. H.; Plotnick L. (2013): How the internet of things technology enhances emergency response operations, *Technological Forecasting and Social Change* 80(9). 1854-1867.
64. Yu L. (2018): Cloud storage-based personalized sports activity management in Internet plus O2O sports community, *Concurrency and Computation - Practice and Experience* 30(24). e4932.



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (115-138)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/6

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Elterelésben résztvevők szerhasználati szokásai és motivációja kvalitatív vizsgálatok tükrében

Tompa Andrea¹, Galán Anita²

¹szociálpedagógus, Szikszói Szociális Szolgáltató Központ, 3800 Szikszó, II. Rákóczi Ferenc út 6 <https://orcid.org/0009-0003-5537-9142>

²adjunktus, Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Gyógypedagógiai Kar, Szociálpedagógia Tanszék, 4220 Hajdúböszörmény, Désány I. u. 1-9 <https://orcid.org/0009-0005-3678-1229>

INFO

Galán Anita
galan.anita@ped.unideb.hu

Keywords
diversion
drug
motivation

ABSTRACT

Abstract: The aim of our study to show the diversion system in Hungary and the motivation of clients who have been diverted. The institution of diversion was introduced in our country in 1993, which offers treatment to drug users instead of punishment in case of possession of a small amount of drugs. During our empirical investigations, our goal was to explore the substance use habits and motivation of diverted clients. For this purpose, we conducted semi-structured interviews with ten people starting diversion, which we supplemented with the inclusion of a diagnostic test for measuring motivation (URICA). The results of our research support the results of previous research on the topic, according to which the clients willingness to cooperate and motivation is low, which can thus lead to the ineffectiveness of the diversion.

Kulcsszavak
elterelés
kábitószer
motiváció

Absztrakt: Tanulmányunk a magyarországi elterelés rendszerének bemutatásával, elterelésbe került kliensek motivációjával foglalkozik. Hazánkban 1993-ban vezették be az elterelés intézményét, amely csekély mennyiségű drog birtoklása esetén büntetés helyett kezelést kínál a szerhasználóknak. Empirikus vizsgálataink során a célunk elterelésbe került kliensek szerhasználati szokásainak és motivációjának feltárása volt. Ehhez félig strukturált interjúkat készítettünk tíz fő, elterelést kezdő személlyel, amely interjúkat a motiváció mérésére alkalmas diagnosztikai teszt (URICA) felvételével egészítettünk ki. Kutatásunk eredményei alátámasztják a korábbi, témában született kutatások eredményeit, amely szerint a kliensek együttműködési hajlandósága és motivációja alacsony, amely így az elterelés eredménytelenségéhez vezethet.

Béérkezett: 2024.07.23.

Bírálat: 2024.09.23.

Elfogadva: 2024.10.20.

Bevezetés

Magyarországon a nyolcvanas évektől kezdve figyeltek fel arra, hogy a kábítószer-problémának és a bűnözésnek vannak kapcsolódási pontjai (Lévai 1992). A kábítószer-használók megítélése és a jogszabályi környezet valamelyest változott, azonban hazánk hozzáállása a kriminalizálást illetően nem; a tiltott szereket használók büntetésre számíthatnak. 1993-ban bevezették az elterelés intézményét, amely csekély mennyiségű drog birtoklása esetén büntetés helyett kezelést kínál a szerhasználóknak (Kóti és Opitz 2007; Kósa 2010; Jambrik és munkatársai 2010; Fülöp 2016).

Az elterelést segítő szakemberek, szociális munkások, szociálpedagógusok, pszichológusok, pszichiáterek vezetik egyéni vagy csoportos konzultációkon, melyeknek legfőbb célja, hogy megteremtse, és ha már megteremtette, akkor erősítse meg a kliensek motivációját a szermentes életmód elérésében. A szakembereknek segítséget kell nyújtania a klienseknek a pozitív irányba való változás megalapozásában, a probléma megelőzésben és a képességek fejlesztésében is (Jambrik és munkatársai 2010; Fülöp 2016). Az elterelés tehát egy olyan büntetés helyett kínált alternatíva, amely során - mint minden segítő kapcsolatban - nem a választott módszer, hanem a segítő személye a legfontosabb (Tringer 2005), jelen esetben a szermentességre való motiválásban. Vajon milyen motivációval érkeznek a kliensek ebbe a segítő kapcsolatba?

Jelen empirikus kutatás során célunk elterelésbe került személyek szerhasználati szokásainak és motivációjának a feltárása. Vizsgálataink során kvalitatív módszertant használtunk diagnosztikai kérdőívvel kiegészítve, amelyet 2023 márciusában egy kelet-magyarországi drogambulancián elterelést kezdő kliensek körében folytattunk le. A vizsgálatban való részvételt tíz fő vállalta, akikkel félig strukturált interjút készítettünk.

A kutatás eredményeinek bemutatása előtt röviden ábrázoljuk a szerhasználat kialakulásának folyamatát, valamint a kutatásunk során legfontosabbnak vélt fogalmakat (addikció, abúzus, motiváció) tisztázzuk. Ezek után az elterelés jellemzőit, jogszabályi háttérét tárjuk fel. Empirikus vizsgálataink során feltárjuk az elterelésbe került kliensek legális és illegális szerhasználatának mintázatait, eltereléssel kapcsolatos attitűdjeit, motivációját.

Elméleti háttér

A szerhasználat kialakulása

Minden deviancia, deviáns viselkedés kialakulásának a háttérében más tényező áll, de meg lehet határozni közös jellemzőket. Ilyen közös tényező lehet a gyermekkorban elszenvedett szocializációs zavar, a különböző feszültséghelyzetek, a családi problémák és családi kapcsolatok hiánya (Lévai 1992; Buda 1995). Magyarországon egyes devianciákat (pl. alkoholizmus) - bizonyos mértékben és keretek között - elfogad a társadalom, míg más devianciát súlyosan elítél. Ilyen elutasított és elítélt deviancia például a kábítószerfogyasztás is, amelyet Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról (OLAAP) 2019-es eredményei is alátámasztanak. A felmérés eredményei szerint a magyar lakosság inkább elfogadja és tartja veszélytelennek a nagymértékű, rendszeres alkoholfogyasztást és a dohányzást, mint a drogfogyasztást, bármilyen mértékű és rendszerességű is az. A felmérésből kiderül, hogy a kábítószerfogyasztók az egyik leginkább elutasított társadalmi csoport a kutatásban résztvevők szerint. A népesség fele tartja őket betegnek, 20%-uk pedig egyszerre betegnek és bűnözőnek. A válaszadók szerint az egyetlen megoldás a drogkérdés megoldására, kezelésére a tiltás és büntetőjogi fellépés (Paksi és munkatársai 2021).

A droghasználók között azonban rendkívül lényeges a különbségtétel, amit elsősorban a fogyasztás gyakoriságának és a szerhasználat mintázatának figyelembe vételével lehet megtenni, és amely különbségtétel - ahogy később kitérünk rá - a fogyasztás miatt kiszabható büntetések kapcsán is megjelenik. Ez alapján négy csoportot különböztethetünk meg. Beszélhetünk kísérletezőkről, akik összesen tíz alkalomnál kevesebbszer használtak kábítószerrel. A szociális-rekreációs használók azok, akik hetente, kéthetente szórakozás közben, társaságban fogyasztanak drogot. Megkülönböztetjük mellettük a helyzeti droghasználókat, akik a tudatmódosító szert elsősorban valamilyen probléma megoldására, gátlásaik oldására használják, így fennáll a veszélye, hogy ez a minta állandósul esetükben. Beszélhetünk intenzifikált vagy kényszeres használókról is, akik folyamatosan, minden nap drogot fogyasztanak, függővé is váltak (Albert-Lőrincz 2004; Demetrovics és Balázs 2006). De mit is jelent a függőség?

Az addikció (függőség) egy viselkedésforma, amely viselkedésformát Demetrovics (2007) szerint az adott személy kényszeresen, újra és újra végrehajt, annak ellenére is, hogy ez káros következményekkel jár nem csak a

személyére nézve, de a környezetére és a társadalomra is. Nem minden szerhasználó függő azonban. Visszaélésről (abúzus) beszélünk Buda (1995) szerint, ha valamit társadalmi tilalom vagy erkölcsi megítélés ellenére fogyasztunk vagy teszünk csak a kellemes hatása miatt. A környezet ezt a visszaélést minden esetben észleli. Ha befogadó a környezet, akkor támogatja, ha nem, akkor elítéli és kirekesztheti az egyént. A folyamatos visszaélések vezethetnek bizonyos esetekben a hozzászokáshoz, ami a szenvedélybetegség első lépése. A hozzászokás minden esetben a belső értékrend megváltozását is okozza, hiszen az ember lemond fontos dolgokról a kellemes hatás miatt. Sok esetben a hozzászokásnak káros következményei vannak és önkárosító magatartást is vonnak maguk után (Buda 1995).

Ahogy fentebb kitértünk rá, a droghasználók közötti különbségtétel nem csak a használat mennyiségében, hanem az emiatt rájuk kiróható büntetésben is megjelenik. A következőkben ezt mutatjuk be.

A kábítószer-használat büntethetősége és az elterelés

A kábítószerrel való visszaélés komoly veszélyt jelent az emberi egészségre és életre. Rombolja a társadalmat és sok büntett társul hozzá, amit a kábítószer hatása alatt, vagy annak megszerzése miatt követnek el (Buda 1995; Demetrovics és Balázs 2006; Rosta 2007). A világ országainak túlnyomó többsége bünteti a kábítószerfogyasztást is, nem csak a termelést, a kereskedelmet és a forgalmazást (Dudits 2010). Ugyanez igaz Magyarországra is, amely büntetőjogi úton lép fel a drogfogyasztás ellen (Kóti és Opitz 2007; Dudits 2010; Fülöp 2016).

A nemzetközi és a magyar szabályozás között jelentős eltérések vannak. Abban viszont minden ország egyet ért, hogy különbséget kell tenni a fogyasztás és a kereskedelem büntetése között, és lehetőséget kell adni a fogyasztóknak a büntetőjogi eljárás elkerülésére. Ez a büntetőjogi alternatíva az elterelés, a büntetés helyett kezelés intézménye (Kóti és Opitz 2007; Dudits 2010; Kalapos 2019). Az elterelést elsősorban a kábítószerfogyasztás nagymértékű elterjedése miatt vezették be Magyarországon. A kínálatcsökkentés mellett az eltereléssel elsősorban a keresletet szeretnék csökkenteni, hiszen világossá vált, hogy a nagymértékű drogfogyasztás ellen a rendőri fellépés már nem elég. Az elterelés lényege, hogy a drogfogyasztókat teljes mértékben kitereljék a rendszerből és a kezelés által csökkentsék az eljárásból fakadó károkat. Az elterelés lehetőséget biztosít a

drogfogyasztóknak, hogy kezeljék a problémáikat, amik a deviáns viselkedésükből fakadnak (Kóti és Opitz 2007; Kósa 2010).

Az elterelés fogalma a következő: „*drogproblémával küzdő elkövető hagyományos igazságszolgáltatási útról, állapotának megfelelő szociális-egészségügyi ellátásba való irányítása*” (Jambrik és munkatársai 2010: 4). A legfőbb célja, hogy segítse a klienseket az absztinens élet elérésében és csökkentse a negatív társadalmi következményeket, amik a drogfogyasztásból erednek (Jambrik és munkatársai 2010). A következőkben az elterelést szeretnénk bemutatni azáltal, hogy részletezzük a Magyarországon érvényes jogszabályokat, az elterelés jogi hátterét, a magyar elterelés rendszerét.

Magyarországon a kábítószerhez kapcsolódó szabályozások a nemzetközi megállapodásokon és egyezményeken alapszanak. Az egyik legfontosabb nemzetközi egyezmény az 1961-ben elfogadott Egységes Kábítószer Egyezmény és ennek a módosítása, az 1972-es Genfi Jegyzőkönyv. Ezek mellett kiemelendő az 1971-es Bécsi Egyezmény, ami egy részletes leírást tartalmaz a pszichotróp anyagokról, és hatóanyagokról. Ez az egyezmény azért nagyon fontos, mert hazánkban a büntető törvénykönyv külön nem fogalmazza meg a kábítószer fogalmát, hanem az egyezményekben leírtakat használja (Lévai 1992).

Amint már említettük, a magyar szabályozás bűncselekményként határozza meg a kábítószerfogyasztást, azonban különbséget tesz a fogyasztás és a terjesztés között. Ezek szerint beszélhetünk fogyasztói elkövetési magatartásról és terjesztői elkövetési magatartásról is. A fogyasztói elkövetési magatartásokat a Btk. 282.§ határozza meg: az, aki a kábítószeret termeszt, előállítja, megszerzi, magánál tartja, be-, ki-, vagy átviszi az országon. A terjesztői elkövetési magatartásokat a Btk. 282/A.§ határozza meg: az, aki a kábítószeret kínálja, átadja, forgalomba hozza és kereskedik vele (Kósa 2010; Fülöp 2016).

A magyar jogszabályok sokkal súlyosabban büntetik a terjesztést, mint a fogyasztást. Fogyasztásért öt évet, enyhébb esetben, amikor csekély mennyiségről van szó, két évet, terjesztésért két évtől nyolc évet kaphatnak az elkövetők. A csekély mennyiséget fogyasztók azok, akik elterelésen vehetnek részt abban az esetben, ha az előző két évben nem indult ellenük ilyen eljárás (Kósa 2010; Baráth 2020).

Az 1993. évi XVII. tv. jelentett mérföldkövet, amelyben leírták, hogy bizonyos büntethetőséget megszüntető okok fennállásakor¹ a büntetés alternatívájaként hat hónapos kábítószer-függőséget gyógyító vagy megelőző kezelés rendelhető el (Hollósi 2001; Kóti és Opitz 2007; Kósa 2010; Fülöp 2016). A jogszabályt azóta többször módosították, például 1998-ban, amikor szigorították a szabályozáson és csak a drogfüggők vehették igénybe az elterelést. Ezt 2003-ban megszüntették és úgy változtatták meg, hogy az elterelést alkalmi fogyasztók is igénybe vehetik egy előzetes állapotfelmérést követően, ahol a függőség súlyosságát vizsgálják. 2006-ban bevezették, hogy már a rendőrségi szakaszban el lehet rendelni az elterelést, mint eszközt a büntetőeljárás elkerülésére. 2008-ban megszületett a 42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet, ami meghatározza az elterelés három formáját, amit Magyarországon alkalmaznak, a 2018-as Büntetőeljárás törvény 576§ (3) óta pedig a bíróság a bűnügyi költséget (laborvizsgálatok, szakértői díjak), vagy annak részét a vádlottra terhelheti (Baráth 2020).

Az említett három elterelési forma a következő: a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, a kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy a megelőző-felvilágosító szolgáltatás (Kósa 2010; Fülöp 2016; Kalapos 2019). A három típus közül a megelőző-felvilágosító szolgáltatás és a kábítószer-használatot kezelő ellátás az, ami nem csak a problémás drogfogyasztókkal foglalkozik, hanem az egyszeri, alkalmi fogyasztókkal is. A kábítószer-függőséget gyógyító kezelés pedig a kábítószer függőknek kínál elterelési lehetőséget. A megelőző-felvilágosító szolgáltatás egy korai beavatkozás, hiszen: *„adott területen magas kockázatú személyekre irányuló egyénre szabott intervenció”* (Jambrik és munkatársai 2010: 25). Jelen esetben a magas kockázati tényező azt jelenti, hogy a személyek droghasználók, de még nem függők, nem alakult ki az addikció esetükben, de hosszútávon meg van rá az esély, hogy kialakuljon és maguk is függővé váljanak. Ennek a formának a legfőbb célja, hogy megteremtse, és ha már megteremtette, akkor erősítse meg a kliensek motivációját (Jambrik és munkatársai 2010).

¹ „(...) a kábítószer fogyasztó nem büntethető, amennyiben saját használatra csekély mennyiségű kábítószerrel természet, előállít, megszerez vagy tart, illetve kábítószer fogyasztásával összefüggő olyan bűncselekményt követ el, mely két évig terjedő szabadságvesztésnél nem súlyosabban büntetendő és igazoltan részt vesz a büntetőeljárás megindulását követően egy hat hónapig tartó kábítószer-függőséget gyógyító vagy megelőző kezelésében” (Fülöp, 2016: 28).

Elterelést végző intézmények működhetnek alapítványi, egyházi, civil, de akár piaci formában is (Fülöp 2016). Ezen szervezetek célja segítséget nyújtani az egyéneknek a pozitív irányba való változás kialakításában, a probléma megelőzésben és a képességek fejlesztésében. Ezeket egyéni és csoportos konzultációkon, interaktív edukációs foglalkozásokon és önismereti csoportfoglalkozásokon valósítják meg leginkább szociálpedagógus, szociális munkás, pszichológus, pszichiáter szakemberek bevonásával (Jambrik és munkatársai 2010; Fülöp 2016). Az elterelést végző intézmények módszertanának egységesítése céljából módszertani kiadványok jelentek meg (Jambrik és munkatársai 2010; Dudits és munkatársai 2011; EMCDDA 2020).

Az elterelés időtartama hat hónap, ami során kéthetente két órát töltenek az elterelésben a kliensek. Két alkalom, megjelenés között legfeljebb harminc nap telhet el. Ha a személy nem jelenik meg és nem ad tájékoztatást magáról harminc napon belül, akkor az elterelés időtartama újra kezdődik. A folyamat során a kliens két alkalommal megváltoztathatja az elterelést végző intézményt. Ennek egy feltétele van, a változtatáshoz bejelentett lakcímmel kell rendelkezni. Az elterelés térítésmentes, viszont érvényes társadalombiztosítás szükséges hozzá (Jambrik és munkatársai 2010).

A kezelés elvégzése után nincsen utógondozás (Jambrik és munkatársai 2010), amit Rác (2005) negatívumként hoz fel. Az utógondozás hiánya mellett problémának tarja azt is, hogy az elterelések nem igazán differenciáltak és túl hosszúak. Az elterelés akkor tekinthető sikeresnek, ha a kliensek elvégzik, végig járják azt, mely után egy igazolást állítanak ki számukra, ami által felmentést kapnak a büntetőeljárás alól (Kósa 2010; Fülöp 2016). De mi alapján mondhatjuk, hogy az elterelés nem csak sikeres, hanem eredményes is?

Kalapos (2019) szerint probléma, hogy a mai napig nincs definiálva az, hogy mikor tekinthetünk eredményesnek egy elterelést. Ha a kliens végig részt vett benne hat hónapig? Ha nem fogyasztott közben szert? Ha az élete egyéb problémái is megoldódtak közben a segítő folyamat hatására? A szakemberek és a kliensek nagy része elsősorban abban látja az elterelés eredményességét, ha a résztvevők drogfogyasztási szokásai megváltoztak az elterelés következtében. Egy hazai kutatásban részt vevők 35%-a mondta azt, hogy az elterelés hatására mérséklődött a kábítószer fogyasztása, és 50%-uk azt, hogy egyáltalán nem használt kábítószer a kezelés ideje alatt. A kliensek azonban leginkább az igazolás megszerzését kötik az eredményességhez, amivel el

tudják kerülni a büntetőjogi eljárást és a börtönt (Jamrik és munkatársai 2010; Füzesi és munkatársai 2010b).

Ennek kapcsán meg kell említenünk az önkéntességet és a motivációt, hiszen a sikeres elterelés egyik legfontosabb eleme a kliensek motiváltsága lehet, amit nagymértékben befolyásol az önkéntesség. A többség azonban, aki részt vesz az elterelésen a büntetőeljárás elkerülése miatt jár oda, azaz kötelezve van arra, hogy megszerezze az igazolást, így nem feltétlenül az a végső célja, hogy meggyógyuljon vagy változtasson a szerhasználati szokásain. A kötelezettség tehát nagymértékben befolyásolja a motiváltságot (Kalapos 2019).

A motivációnak különböző fázisai vannak. Ezeket a fázisokat Prochaska és DiClemente (DiClemente és Hughes 1990; Prochaska és munkatársai 2009) a transzteoretikus modell elméletben a következőképpen határozta meg. A transzteoretikus modell hat fázisba sorolja a viselkedésváltozást: fontolgtatás előtti-, fontolgtatási-, felkészülési-, cselekvési-, fenntartási- és visszaesési szakasz. Az URICA drogkérdőív (UMBC é.n.) - amit a kutatásunk során használtunk a kliensek motiváltságának mérésére - négy fázisba sorolja a kérdések alapján a megkérdezetteket. Ez a négy szakasz a fontolgtatás előtti-, fontolgtatási-, cselekvési- és fenntartási stádium. A fontolgtatás előtti szakaszban lévő egyének nem szeretnének változtatni a viselkedésükön, nem tartják súlyosnak a problémájukat, és a sok csalódás miatt nem hisznek a változásban. A fontolgtatási szakaszban lévők tisztán látják a problémáikat, a változás szükségességét, a pro és kontra érveket, tudják, hogy változniuk kellene, de aktívan nem tesznek érte, csak gondolkoznak rajta. Azonban a változás belátható közelségben van az ő esetükben. A cselekvési stádiumban már törekednek a változásra és tesznek is ezért, de még nem teljesen történt meg a viselkedésváltozás, de már elindultak azon az úton. A fenntartási stádiumban lévők egy ideje megtartják a megváltozott viselkedésüket, életmódjukat. Sikereket értek el és dolgoznak a visszaesés megakadályozásában (Rózsa 2009; Czeglédi 2012).

Tanulmányunk következő részében empirikus kutatásunk módszertanát majd eredményeit ábrázoljuk, amely során elterelésbe került kliensek motivációját vizsgáltuk.

Módszertan

A kutatás célja az elterelésbe került kliensek szerhasználati szokásainak és motivációjának mérése volt, tehát annak a vizsgálata, hogy mennyire lehet egy

olyan személy motivált a szerhasználati szokásainak megváltoztatásában, aki nem önként vesz részt egy segítő kapcsolatban.

A vizsgálat kvalitatív módszerre épít, alapját félig strukturált interjúk adják, amelyeket diagnosztikai kérdőívek felvételével egészítettünk ki. Az interjúk az alábbi dimenziók mentén épültek föl: családi háttér, társas kapcsolatok, szerhasználat, elterelés. A félig strukturált interjú felvételének a célja az volt, hogy megismerjük a kliensek élettörténetét és élethelyzetét, azt, hogy mi vezetett oda az életükben, hogy a kábítószerhez nyúljanak. Az interjúk által egy sokkal átfogóbb képet kaphattunk a kliensek motiváltságáról és arról, hogyan vélekednek a szerhasználatról és magáról az elterelésről.

Az interjúk felvételére egy északkelet-magyarországi drogambulancián került sor. A kutatás alapsokaságát olyan elterelésben résztvevő személyek adják, akik 2023 márciusában kerültek be a programba. A kapcsolatfelvétel után tíz alany egyezett bele a kutatásban való részvételbe, ők jelentik a kutatás mintáját. Az interjúk felvételére 2023. március-áprilisban került sor.

Az interjú felvétele előtt a tíz klienssel egy elkülönített helyiségben kitöltettünk egy kérdőívet, ami a motiváltságukat mérte fel. Ehhez az URICA kérdőív drog verzióját használtuk fel. Ez a teszt 32 kérdésen keresztül vizsgálja a kliensek motiváltságát. A teszt Prochaska és DiClemente által 1982-ben megalkotott transzteoretikus modelljét veszi alapjául (Prochaska és munkatársai 2009), amelynek célja, hogy sikerüljön megérteni az emberek viselkedésváltozását, hogy mikor és hogyan változtatják meg a viselkedésüket (UMBC é.n.).

A kérdőív felvétele után következett az interjú, ami négy dimenzióból épült fel. Az első dimenzió a személyre vonatkozó, a második a társas kapcsolatokkal kapcsolatos kérdéseket tartalmazott. A harmadik dimenzióban a szerhasználati szokásokat vizsgáltuk, az utolsó dimenzióban pedig az eltereléssel kapcsolatban kérdeztük őket. Jelen tanulmány keretei a szerhasználati szokások, valamint az eltereléssel kapcsolatos motiváció kapcsán kapott eredmények bemutatását teszik lehetővé. Fontos kiemelnünk, hogy a kutatás során kapott eredményekből általánosítani nem lehet, csupán jelen vizsgálat alanyaira vonatkoztathatjuk őket.

Az alábbi táblázatban összegeztük a megkérdezett alanyok főbb jellemzőit.

1. táblázat: A kutatásba bevont alanyok főbb jellemzői

Alany sorszáma	Nem	Kor	Munkaviszony (X - van, - - nincs)	Korábbi elterelés (X - volt, - - nem volt)
1.	férfi	26	X	-
2.	férfi	26	X	-
3.	férfi	29	X	-
4.	férfi	25	X	-
5.	férfi	38	X	X
6.	férfi	26	X	-
7.	férfi	23	X	-
8.	férfi	36	X	X
9.	férfi	37	X	-
10.	nő	20	-	-

Saját szerkesztés, forrás: saját kutatás

A kutatásba bevont alanyok között a férfiak felülreprezentáltak; kilenc férfit és egy nőt tudtunk bevonni. A megkérdezettek átlagéletkora 29 év, a legfiatalabb személy húsz, a legidősebb 38 éves. Ez is alátámasztja más kutatások eredményeit (Ritter 2003; Kóti és Opitz 2007; Füzesi és munkatársai 2010b), miszerint az elterelésbe nagyobb számban kerülnek be és vesznek részt férfiak, mint nők, akik életkora 20 és 29 év közé tehető.

Az elterelés megyei szintű, az adott vármegye lakosai vehetik igénybe. Ebből következik, hogy a tíz ellátott mind ebből az északkelet-magyarországi vármegyéből származik. Hat fő él megyei jogú városban (3., 4., 5., 6., 9., 10. alany), egy kisvárosban (2. alany), három községben (1., 7., 8. alany). Két személy (3. és 6. alany) van közöttük, aki egyedül él, kettő (1., és 7. alany) még a szüleivel. A megkérdezettek közül ketten (4. és 10. alany) élnek a párjukkal és a többi személy (négy fő) az élettársával él együtt. Közülük két embernek (2. és 5. alany) van gyermeke. Ezek az adatok szintén alátámasztják a korábbi kutatások (Ritter 2003) eredményét, melyek azt találták, hogy az elterelésben résztvevők biztos lakhatási körülményekkel rendelkeznek, és hogy - életkoruktól függően - vagy a párjukkal, vagy még a szüleikkel laknak.

Az iskolai tanulmányokat tekintve a tíz személy közül egy (3. alany) főnek van alapfokú, egy főnek (6. alany) van felsőfokú és nyolcnak középfokú

végzettsége; a nyolc közül egy (7. alany) végzett szakmát adó érettségit, a többieknek érettségije van.

Egy személynek (10. alany) nincs most jelenleg munkája, a többiek mind dolgoznak, hárman (2., 8., 9. alany) közülük egyéni vállalkozók. A többiek változatos munkákat végeznek, van közöttük fodrász, tűzoltó, recepciós, pénztáros és gyári munkás is.

Mindannyian az elterelés kábítószer-használatot kezelő más ellátási formájában vesznek részt. Két (5. és 8. alany) olyan interjúalany van, akiknek nem ez volt az első elterelése. Ők régebben már vettek részt elterelésben, az egyikük önkéntesen, így szabadon abba hagyhatta, a másikuk kiköltözött külföldre az elterelés közben, tehát kifizette a felmerülő költségeket és így megszűnt az elterelése.

Összességében elmondható, hogy nagy különbségek a tíz megkérdezett kliens között nincsenek szociodemográfiai szempontból. Mindannyiuknak megoldott a lakhatása, eltartják magukat, stabil anyagi háttérrel rendelkeznek.

Eredmények

A továbbiakban az alanyok szerhasználati szokásait, majd a szerhasználat esetleges abbahagyását vizsgáljuk meg a kutatásba bevont alanyok esetében. Ezek után a motivációjukat mérjük fel, továbbá az eltereléssel kapcsolatos elvárásaikat ismertetjük.

Szerhasználati szokások

A következőkben a kliensek szerhasználati szokásait tárjuk fel, először a legális, majd az illegális szerek használatának jellemzőit vizsgáljuk meg körükben. Az alábbi táblázat (2. táblázat) a legális szerhasználatra vonatkozó adatokat tartalmazza.

A táblázat és a válaszok alapján megállapítható, hogy három kivétellel (3., 8., 10. alany) minden alany próbálta az alkoholt, a cigarettát pedig mindegyikük. Általánosságban elmondható, hogy tizenéves korban próbálták ki először ezeket a szereket, amely többek esetében hasonlóságot mutat a kábítószer első kipróbálásának az idejével. Hét személy a mai napig használja vagy az egyik, vagy a másik élvezeti szert, közülük egy személy (5. alany) van, aki nem csak alkalmi, hanem rendszeresen fogyasztó, nála alkoholizmusról is beszélhetünk.

2. táblázat: Szerhasználati szokások összefoglalása a kutatás alanyai körében

Alany sorszáma	Legális szerek kipróbálási ideje (év)	Illegális szerek kipróbálási ideje (év)	Jelenlegi legális szerhasználat	Egyéb illegális szerhasználat	Illegális szerhasználat utolsó időpontja
1.	17	19	dohányzás	-	2 éve
2.	14-15	14-15	-	kristály, kati, speed	2 hónapja
3.	14	14-15	dohányzás	bogyók	1,5 hónapja
4.	12-13	14	dohányzás	herbál, amfetamin	fél éve
5.	11-12	13	dohányzás, alkohol	amfetamin, ecstasy, varázsgomba	2 hónapja
6.	16	18	dohányzás	-	1 éve
7.	15	20	dohányzás	-	3 éve
8.	18	24	-	-	1 hónapja
9.	12-13	25	dohányzás	amfetamin	2-3 hónapja
10.	14	16-17	-	-	1,5 éve

Saját szerkesztés, forrás: saját kutatás

Az illegális szerhasználat kapcsán három személy (7., 8., 9., alany) kivételével - akik a húszas éveikben próbáltak először drogot - megállapítható, hogy a megkérdezettek többsége a tinédzser éveiben használt első alkalommal. Ebben az időszakban a másodlagos szocializációs szintek kerülnek előtérbe, a fiatalok életében a kortárs csoport válik a meghatározóvá. A kutatások többsége szerint ez az a kor, amikor a legsebezhetőbbek a fiatalok és a legfogékonyabbak az illegális szerek kipróbálására, amelyre ráerősít, hogy a kortársakkal töltött idő felügyelet nélkül zajlik, ami kedvez a rizikómagatartások kialakulásának is (Bagdy 1977; Lévai 1992; Kökönyei 2007). Ezt a kutatásba bevont alanyok válaszai is alátámasztják, hiszen ők is ezekben az években próbálták ki először a kábítószer. Fontos kiemelnünk, hogy rendszeres használat, illetve egyéb szerek használata leginkább azok esetében alakult ki, akik kamaszkoruk elején, 13-15 évesen próbálták ki először a kábítószerket. Ez az eredmény megerősíti azon korábbi kutatások azon megállapítását, amely szerint a korai legális szerhasználat nagyobb

valószínűséggel vezet illegális szerhasználathoz (Demetrovics 2007), illetve kutatási eredményeink egybecsengenek azokkal is, amelyek a legális szerek (alkohol, dohányzás) és a marihuána stabil együtt járását találták (Parker és Williams 2003; Kuntsche 2004).

Egy személy kivételével (2. alany) - akinél az amfetamin volt az első - , minden esetben a marihuána volt az első szer, ami kipróbáltak. Ebből a szempontból az ő esetükben felmerül a marihuána, mint kapudrog szerepe (Demetrovics 2007). Az elterelésben résztvevőkre nagy arányban jellemző tendencia, hogy marihuánát használtak, a korábban végzett kutatások is ezt támasztják alá (Ritter 2003; Kóti és Opitz 2007; Füzesi és munkatársai 2010b). Azt viszont nem jelenthetjük ki, hogy a marihuána után más drogot is mindenki kipróbál, hiszen tízből öt esetben (1., 6., 7., 8., 10. alany) az egyének nem próbáltak ki mást, az alanyok fele (2., 3., 4., 5., 9. alany) azonban további szereket is használt a füves cigi után. Ezek a szerek a következők voltak: kristály, kati, speed, bogyók (különböző nyugtatók), herbál, amfetamin, ecstasy, varázsgomba. Ezen eredményeinkkel szemben más kutatások (Kóti és Opitz 2007) azt találták, hogy az elterelésben részt vevők csupán harmada használ más szer(eket) is a marihuána mellett.

Öt esetben (3., 4., 7., 9., 10. alany) a barátaik által, két esetben buliban (2. alany) és fesztiválon (1. alany) találkoztak első alkalommal a kábítószerrel. Egy esetben iskolatárs (5. alany), egy esetben külföldön egy barát (8. alany), egy esetben pedig testvér általi (6. alany) volt a találkozás, tehát a már korábban említett kortárs szocializáció jelentősége itt is kiemelendő (Bagdy 1977; Lévai 1992; Kökönyei 2007).

Ahogy fentebb kitértünk rá, rendszeres fogyasztásról öt személy (2., 3., 5., 8., 9 alany) kapcsán beszélhetünk. Esetükben ez a fogyasztás napi, heti rendszerességű volt. Három olyan személy (4., 6., 10. alany) van, akik nem rendszeresen, hanem alkalmanként használtak kábítószer, és két (1., 7. alany) olyan, akik egy-egy alkalommal használtak csak. Ez a két személy se pozitív, se negatív szerepről nem tud beszámolni, nem töltött be semmilyen szerepet az életükben a kábítószer. Mindketten határozottan kijelentették, hogy nem függők. „Nem vagyok se nem függő, se nem szenvedélybeteg. Nem beszélhetek sem problémámról, sem visszaesésről” (7. alany). „Nem tudok szerepekről beszélni, hiszen nem is fogyasztottam igazából” (1. alany).

A többség a bulizást és a könnyebb elalvást említette oknak, ami miatt marihuánát használt. Többen említették, hogy sokkal tágabb és nyitottabb volt tőle az elméjük, illetve egy személy volt, aki azt mondta, hogy azért használták

a nevelőapjával közösen, mert az segített a nevelőapjának a fájdalmán és az izomgörcseiben. Egy-két negatív dolgot említettek a szerhasználat kapcsán, ilyen volt például az egyik eltereltnél, hogy rövidtávú emlékezetkiesést okozott neki a fű, vagy az, hogy nehezebben tudtak tőle reggel felkelni.

Összességében inkább pozitív szerepet töltött be a megkérdezettek életében és hosszú távon a traumáik feldolgozásában sokat segített nekik a szerhasználat. Nem tartják veszélyesnek és nem értik, miért tiltják ilyen szigorúan a kábítószereket, elsősorban a marihuánát. *„Nem értem, miért tiltják, az alkohol sokkal rosszabb és veszélyesebb, sokkal több problémát okoz egy alkoholista, mint egy füves”* (8. alany). *„Nem láttam még agresszív füvest, de agresszív piást már igen”* (5. alany).

De vajon mit szóltak ahhoz a kliensek családtagjai, amikor kiderült, hogy a szerettük illegális szert fogyasztott? Tudnak-e róla, változott-e emiatt a viszonyuk? Két személy (2. és 9. alany) kivételével az összes megkérdezett elmondta a családjának és a környezetének, akik mindenben támogatják őket, egyáltalán nem változott a viszonyuk, amiatt, hogy kiderült, róluk, hogy használtak már szert vagy szerhasználtak. *„Mindenkinek elmondtam, de senki nem örült neki nyilván”* (7. alany). *„Féltenek, de nem piszkálnak miatta”* (3. alany). A válaszadók többségének tehát egyáltalán nem befolyásolta a társas kapcsolatait a szerhasználat. De őket zavarta-e? Próbáltak-e változtatni a szerhasználati szokásaikon?

Kettő kliens (2. és 5. alany) esetében beszélhetünk arról, hogy próbálták letenni a szert, amit használtak. Mindkettőjük a gyermekük miatt próbálta elsősorban abbahagyni a kábítószer használatát, egyikük sem kért segítséget, hanem egyedül próbálkoztak. Hosszú távon nem jártak sikerrel, az egyikük a sok stressz miatt esett vissza, a másikuk pedig azért, mert az ismerősei rábeszéltek a további szerhasználatra. Ő jelenleg is alkoholistá és a következőt mondta: *„Azért volt jobb a drog, mert akkor soha nem ittam, most már napi egy liter is simán lemegy”* (5. alany).

Nagy arányban azért nem lehet az esetükben szermentességről beszélni, mert a rendszeres használat ellenére sem tartják magukat függőnek, illetve magát a marihuánát sem tartják rossz, kerülendő dolognak, ezért meg sem próbálnak felhagyni a használatával. A másik ok pedig a már említett tényező, hogy vannak közöttük olyanok (1. és 7. alany), akik egy-két alkalommal próbálták csak. Az ő esetükben egyáltalán nem lehet leszokásról beszélni, hiszen ők nem váltak függővé.

Jelenleg egyik kliens sem használ illegális szert elmondásuk szerint. Hogy ki, mikor hagyta abba az változó, van, aki három éve és van, aki egy hónapja. Az mindegyikük esetben elmondható, hogy a lebukás és a rendőrségi ügy elrettentésként szolgált a szerhasználatra vonatkozóan.

Összességében az látszik ebben a dimenzióban, hogy a kliensek nagy része tizenéves korban próbálta ki mind a legális, mind az illegális szereket. Minél fiatalabb korban találkozott valaki a legális szerekkel, annál hamarabb próbált ki utána illegális szert is (lásd: 2., 3., 4., 5., 10. alany válaszai).

Elterelés

A következőkben a kliensek elterelésről szóló véleményét, tapasztalatait vizsgáljuk. Erre azért érdemes kitérni, mert az elterelésben nem önként vesznek részt, azonban az elterelés mégis egy segítő folyamatot jelent egy arra képzett szakemberrel, a segítség folyamatában pedig alapvető fontosságú az önkéntesség és a motiváció (Tringer 2005).

Mind a tíz megkérdezett személy hallott már korábban az elterelésről ismerőseik révén, de részletesebben nem tudták, hogy működik, hogyan zajlik egy ilyen kezelés. Erről részletesebb tájékoztatást az első alkalommal kaptak. „*Tudtam, hogy létezik ilyen*” (1. alany).

Mint már korábban említettük, mindannyian az elterelés kábítószer-használatot kezelő más ellátási formájában vesznek részt. Az alanyok közül hatan (1., 3., 4., 6., 7., 10. alany) azért került az elterelésbe, mert elkapták azt a személyt, akitől a szert vették, és megtalálták őket a kontaktjaik között. Három embert (5., 8., 9. alany) vásárlás közben kaptak el, és egyet (2. alany) amiatt, mert egy buliban kristályt fogyasztott. Ebből az látszik, hogy az elterelésbe kerülő személyek többsége nem közvetlenül kerül a rendőrség látóterébe, hanem közvetve, a dílerek által. Sokan, amikor az elterelésbe kerülnek már hónapok, akár évek óta nem használtak szert, csak azt, akitől korábban vették, éppen ekkor kapták el. Ez a tény egy hátráltató tényező a kliensek motiváltságának növelésében, hiszen nehéz olyanokat motiválni a segítő kapcsolatban való részvételre, akik hónapokkal, évekkel ezelőtt használtak drogot, ami azóta már egyáltalán nem az életük része, ennek ellenére mégis a szerhasználattal kapcsolatosan kell segítő folyamatban részt venniük.

Az eltereléssel kapcsolatos elvárásaik kapcsán egységes választ kaptunk. Mindegyikük azt szeretné, hogy emiatt enyhébb büntetést kapjon és elkerülje a börtönbüntetést. Nem tartják hasznosnak és fontosnak a segítség ezen formáját, ez egy kötelező teendő nekik. Ez szintén összekapcsolódik azzal,

hogy a kötelezettség nagymértékben befolyásolja a kliensek motiváltságát és a véleményüket magáról az elterelésről és annak hasznosságáról. A következőket mondták ezzel kapcsolatban: „*Képmutatásnak tartom az elterelést, a beszélgetés az egyetlen jó benne*” (9. alany). „*Nincs erre szükségem, de muszáj jönni*” (1. alany). „*Az ez egyetlen elvárásom, hogy legyen vége*” (4. alany). „*Szeretném elkerülni a büntetést*” (3. alany). „*Mivel nem vagyok függő, nagyon elvárásom nincsen, de ha már idekerültem teljen el jól ez a hat hónap*” (10. alany). „*Véleményem szerint nem segít ez semmit*” (2. alany).

Arra a kérdésre, hogy szeretnének-e változtatni a szerhasználati szokásaikon, kétféle választ kaptunk. Vannak, akik nem, és vannak, akik igen. A nemet válaszolókat további két csoportra lehet osztani. Azokra, akik azért nem szeretnének változtatni, mert már nem használják (1., 6., 7. alany) - „*Mivel már nem használom nincs min változtatni*” (6. alany). -, vagy, mert csak egyszeri kipróbálók (1. és 7. alany) - „*Nem vagyok függő, egyetlen egyszer csináltam. Nincs min változtatnom*” (7. alany). -, és azokra, akik nem tartják problémának (5., 8., 9. alany) a marihuána fogyasztást és végleg nem szeretnének felhagyni a fogyasztásával. A további szerhasználat gondolata hét (1., 2., 3., 4., 6., 7., 10. alany) alanyt egyáltalán nem foglalkoztat, elmondásuk szerint nem szeretnének a jövőben többször szerhez fordulni, míg három olyan ember (5., 8., 9. alany) volt, akik azt mondták, hogy nem tudnak a jövőről, a jövőbeli szerfogyasztásról beszélni.

Hat olyan személy (2., 3., 4., 7., 8., 9. alany) van, akik semmin nem szeretnének változtatni, mindennel elégedettek, ahogy most az életük van. Négy olyan alany (1., 5., 6., 10. alany) van viszont, aki szeretne változtatni az életén és tesz is ezért; tanulnak, motiválják magukat a fejlődésre. Az egyikük azt mondta, hogy: „*Az egzisztenciámon szeretnék változtatni. Plusz munkát vállallok, napi két óra munka előtt és után is*” (1. alany). A másikuk pedig a fia miatt szeretne változni „*Szeretném csökkenteni a pia mennyiségét*” (5. alany).

A család, környezet véleményét is megkérdeztük az alanyoktól az elterelés kapcsán. Nyolc ember (1., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 10. alany) elmondta a környezetének, a családjának, hogy hova járnak és ők pozitív, jó dolognak tartják ezt a lehetőséget, reménykednek benne, hogy segít valamit nekik. Két olyan személy (2. és 9. alany) van, akik egyáltalán nem mondták el senkinek, hogy elterelésre járnak, azonban ennek az okát nem ismertették. Akik elmondták a családjuknak, azokat mind támogatják és közülük egy esetben sem történt emiatt megbélyegzés vagy kirekesztés. Ez annak is köszönhető,

hogy a megkérdezett kliensek többsége jó kapcsolatot ápol a családjával és egy támogató környezet veszi körül őket.

Összességében elmondható, hogy az elterelés kezdetekor, amikor a vizsgálatunk készült, a megkérdezett személyek nem tartották hasznos dolognak az elterelést és nem vártak el tőle semmit. Az elterelés hatására azonban a kliensek véleménye változhat, ugyanis korábbi vizsgálatok alapján, elterelés során/végén felvett kutatások esetében a válaszadók 80%-a elégedett volt az eltereléssel, az ott kapott segítséggel (Jambrik és munkatársai 2010; Füzesi és munkatársai 2010b). Jelen kutatásba bevont alanyok elmondásuk szerint azért járnak ide, mert szeretnék elkerülni a börtönt és szeretnének kisebb, enyhébb büntetést kapni, ami alapján a változásra, szermentességre való motivációról esetükben nem beszélhetünk. Ezt az URICA drogtest (UMBC é.n.) eredményei is alátámasztják, melynek eredményeit a következőkben ismertetjük.

Ahogy korábban kitértünk rá, az URICA teszt a megkérdezett személyeket viselkedésváltozás négy fázisába osztja be. Ez a négy fázis a fontolgatás előtti, fontolgatási, cselekvési és fenntartási szakasz.²

Az általunk megkérdezett egyének alátámasztják azt a feltevést, hogy az elterelésbe nem önként kerülő személyek kevésbé motiváltak az eltereléssel, a viselkedésváltozással kapcsolatban. Az alábbi táblázat mutatja be az interjúalanyok elért pontszámait.

3. táblázat: A kliensek URICA teszten elért pontszámai

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
8,7	7,5	7,9	5,8	8,8	9,6	8,9	9,7	7,7	9,2

Saját szerkesztés, forrás: saját kutatás

Az alanyokat két csoportra lehet osztani. Vannak azok - négy személy (2., 3., 4., 9. alany) - akik az elért pontszám alapján a viselkedésváltozás fontolgatás előtti fázisában vannak. Nem fogalmaztak meg az interjú során célokat, elvárásokat, sem az eltereléssel, sem saját magukkal kapcsolatban. Nem tartják súlyosnak a problémájukat, jól elvannak ebben a szakaszban. A másik csoportba pedig az a hat személy (1., 5., 6., 7., 8., 10. alany) tartozik, nyolcnál

²Az, hogy ki melyik fázisban van az elért pontszámok alapján dől el. Nyolc vagy annál alacsonyabb pontszám esetén az egyének a fontolgatás előtti szakaszban vannak, a nyolc és tizenegy közötti pontszámot elérték a fontolgatásiban.

Akik pedig ennél magasabbat azok már elérték oda, hogy aktívan is tegyenek viselkedésváltozásért a cselekvő fázisban.

magasabb pontszámot értek el. Ők egy fázissal vannak előrébb, mint a másik csoport, a fontolgtatási stádiumban vannak. Ez azt jelenti, hogy már látják, hogy problémáik vannak, értik is ennek a súlyosságát, de a szerhasználat mellett és ellene szóló érvek még egyensúlyban vannak, emiatt aktívan nem is tesznek a változásért. Ők vannak abban a fázisban, hogy ha kapnának egy kis támogatást, lökést, előrébb tudnának lépni és megindulhatnának a változás útján, tehát esetükben az elterelés időszaka alatt a segítő a motiválás különböző eszközeivel jelentős változásokat érhet el.

Érdeemes arra is kitérnünk, hogy a két fázisba tartozó alanyok között milyen különbségeket találunk. A fontolgtatás előtti szakaszban lévő kliensekre (2., 3., 4., 9. alany) jellemző, hogy rendkívül fiatalon, egyikük (9. alany) kivételével 14-15 évesen próbálták ki először a marihuánát, amit a legális szerek kipróbálása már megelőzött. Mindannyian 1-3 hónapja, maximum fél éve fogyasztottak illegális szert elmondásuk alapján, illetve mindegyikükre jellemző az egyéb, „keményebb” drogok (pl. kristály, speed, kati, herbál stb.) használata is. Ők azok tehát, akiknek „erőteljesebb” a kapcsolata az illegális szerekkel, hiszen tizenéves koruk óta használják őket, gyakori használók voltak, nem álltak meg a füves ciginél, valamint a legutóbbi használat sem volt régen.

A fontolgtatási stádiumban lévő elterelteket (1., 5., 6., 7., 8., 10. alany) két csoportra bonthatjuk. Egyrészt ide tartoznak azok, akik csak egyszer (7. alany) vagy akár évek óta (1., 6., 10. alany) nem fogyasztottak már szert, tehát „gyengébb” a kapcsolatuk a drogokkal, ezért motiváltak abban is, hogy a továbbiakban se használjanak kábítószer, főleg azok után, hogy rendőrségi ügyük is lett miatta. Másrészt, ide sorolhatunk olyan alanyokat is, akiknek erősebb kapcsolata van a szerekkel, mert például alkoholista, ami mellé egyéb szereket is fogyaszt (5. alany), vagy az utolsó fogyasztás nem régen, egy hónapja volt (8. alany). Azonban a fontolgtatás előtti szakaszban lévő, szintén erősebb szerhez fűződő viszonnal rendelkező alanyokkal szemben ők már találhattak egy olyan tényezőt az életükben, ami miatt motiváltak a szermentesség elérésében. Az 5. alany esetében ilyen tényező a gyermeke, aki miatt szeretne változni. Ilyen motiváló tényezőt a fontolgtatás előtti szakaszban lévő, erősebb szerhez fűződő viszonnal rendelkező kliensek esetében nem találtunk, tehát - ahogy fentebb is kiemeltük - esetükben az elterelés és a segítő szakember szerepe kiemelt fontosságú.

Összegzés

A kutatás célja elterelésbe került kliensek szerhasználati szokásainak és motivációjának vizsgálata volt. Empirikus vizsgálatainkba tíz fő, 2023. márciusában elterelést kezdő személyt vontuk be, akikkel félig strukturált interjút készítettünk, valamint URICA teszttel mértük fel a motivációjukat.

A kutatásba bevont alanyok mindegyike tizenéves korban találkozott először a vizsgált legális szerekkel (alkohol, cigaretta), valamint többségük (hét fő) az illegális szerekkel való első találkozáskor is tizenéves, négy fő 15 év alatti volt, amikor először kábítószerrel használt. Rendszeres droghasználat, illetve a marihuána után egyéb szerek kipróbálása, használata azokra jellemző, akik 11-13 évesen próbálták ki először a legális, 13-15 éves korban pedig az illegális szereket. Tehát minél fiatalabb korban találkozik valaki legális vagy illegális szerekkel, annál valószínűbbé válhat a későbbi szerhasználat, akár egyéb drogok használata is. Míg korábbi kutatások azt találták, hogy az elterelésben részt vevők harmadára volt jellemző egyéb, illegális szerek használata is (Kóti és Opitz 2007), kutatásunk esetében az alanyok fele használ(t) más kábítószerrel is a marihuánán kívül. A droghasználatról az alanyok inkább pozitívan nyilatkoztak, traumáik feldolgozásában segített nekik a marihuána, nem tartják veszélyesnek annak használatát. A kutatás felvételekor egyik alany sem használt illegális szereket, amelyek elhagyásában a leginkább a lebukás és a rendőrségi ügy, illetve a további következményektől való félelem volt motiváló tényező az interjún adott válaszaik alapján.

Az elterelést nem tartják hasznosnak sem fontosnak, csak egy kötelező teendőnek, ami ahhoz szükséges, hogy lezárják a rendőrségi ügyüket. Az eddigi kutatásokban (Jambrik és munkatársai 2010; Füzesi és munkatársai 2010a) megkérdezett szakemberek szerint a kliensek együttműködési hajlandósága gyenge, amit jelen kutatás is megerősít. A kliensek motivációjának mérésével megállapítottuk, hogy a szerhasználat felhagyásával kapcsolatban a fontolgtatás előtti, vagy a fontolgtatás fázisában vannak, tehát még vagy nem motiváltak a szerhasználati szokásokkal kapcsolatos változásra, vagy nem jutottak el a cselekvési fázisba, amikor aktívan dolgoznak magukon. A szakemberek (Jambrik és munkatársai 2010; Füzesi és munkatársai 2010a) az elterelés eredménytelenségét is elsősorban a motiválatlanságban látják, és ahhoz kötik. A kutatásunk tapasztalatai alapján is fontos lenne kialakítani és erősíteni az elterelésben részt vevő egyének motiváltságát és ösztönözni, segíteni őket abban, hogy pozitív irányba változzon az életük, hiszen a

kutatásba bevont alanyok közül azok mutatkoztak motiváltabbnak, akik már találtak olyan tényezőt az életükben, aki/ami miatt hajlandók lennének változni. Ebben rendkívül nagy szerepe van az elterelést végző segítő szakembereknek is (Tringer 2005).

Emellett lényeges lenne meghatározni egy közös álláspontot is, hogy mi számít eredményes elterelésnek (Kalapos 2019). Az, hogy a kliensek elvégezzék az elterelést és megszerezzék az igazolást, vagy az, hogy csökkentsék a szerhasználatot és absztinens életet éljenek, esetleg az, hogy ezt a kettőt sikeresen össze tudják egyeztetni? Mivel egy segítő folyamatról beszélünk, nagyobb hangsúlyt kellene, hogy kapjon a kliens-segítő viszony, azonban ahogy láttuk, a kliensek nem motiváltak a segítő kapcsolatban való részvételre, csak szeretnék letudni, maguk mögött hagyni a büntetőügyüket. Az elkövetkezőkben érdemes lenne longitudinális vizsgálattal feltárni az elterelésbe bekerülő és onnan kikerülő kliensek motivációjának különbségeit, amely segíthet annak feltárásában is, hogy milyen hatékonysággal működik a segítő munka.

Kiemelendő még, hogy olyan személyek is bekerülnek az elterelésbe, akik egész életükben egyszer próbálták ki a marihuánát vagy évek óta nem fogyasztották azt, azonban a terjesztő letartóztatásával a rendőrség látókörébe kerültek. Esetükben az absztinencia adott, nem lehet azt az elterelés céljaként, eredményességének indikátoraként meghatározni. Jelen szerzők álláspontja szerint ezekben az esetekben a hazánkban alkalmazott elterelés helyett eredményesebb lehetne az ausztrál rendszer, amely a különböző célcsoportok mentén differenciált, enyhébb esetben a kezelés néhány alkalomból áll, vagy akár szabálysértési figyelmeztetéssel befejeződhet az ügy (Dudits 2010). Ezzel csökkenteni lehetne a drogambulanciák feladatait is és olyan személyekre tudnának koncentrálni, akiknek valóban szükségük van a segítségre az absztinencia eléréséhez.

Felhasznált irodalom

1. Albert-Lőrincz Enikő (2004): Önpusztító lázadás - A drogfogyasztás, mint kóros viselkedési minta. Budapest, Scientia Kiadó.
2. Bagdy Emőke (1977): Családi szocializáció és személyiségzavarok. Budapest, Tankönyvkiadó Vállalat.
3. Baráth Noémi Emőke (2020): A kábítószer fogyasztás szankcionálása. Interdiszciplináris Drog szemle, I(1). 16-25.
4. Buda Béla dr. (1995): Szenvedélyeink. Budapest, SubRosa Kiadó.
5. Caldwell, R. A.; Pearson, J. L.; Chin, R. J. (1987): Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. Personality and Social Psychology Bulletin, 13(1). 5-17.
6. Czeglédi Edit (2012): A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében, Mentálhigiénié és Pszichoszomatika, 13 (2012)4. 411-434.
7. Demetrovics Zsolt; Balázs Hedvig (2006): Drogosok, In: Gelsei Gergő (szerk.): A láthatatlanság vége. Társadalomismereti szöveggyűjtemény. Budapest, Alapítvány a Társadalomelméleti Kollégiumért. 121-139.
8. Demetrovics Zsolt (2007): Pszichoakív szerek, In: Demetrovics Zsolt (szerk.): Az addiktológia alapjai I. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 47-71.
9. DiClemente, C. C.; Hughes, S. O. (1990): Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2(2). 217-235.
10. Dudits Dénes (2010): Az elterelés nemzetközi gyakorlata, In: Vitrai József (szerk.): Büntetés helyett. Budapest, L'Harmattan Kiadó. 23-33.
11. Dudits Dénes; Arany Zoltán; Szappanos József (2011): Módszertani levél a megelőző-felvilágosító szolgáltatók számára. https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/modszertani_level_megelozo_felvilagosito.pdf (Letöltés ideje: 2024. 10. 01.)
12. Elekes Zsuzsanna (1997): Devianciák, mentális betegségek, In: Lévai Katalin; Tóth István György (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és a férfiak helyzetéről. Budapest, TÁRKI, Munkaügyi Minisztérium Egyenlő Esélyek Titkársága. 151-169.

13. EMCDDA (2020): A kezelési igény indikátor (Treatment Demand Indicator - TDI) Egységes protokoll 2.0 https://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/tdi_protokoll_uj.pdf (Letöltés ideje: 2024. 10. 01.)
14. Fülöp Mária Zsuzsanna Dr. (2016): A kábítószer elterelés lehetősége Magyarországon. *Szociálpedagógia*, 2016/1-2. 27-32.
15. Füzesi Zsuzsanna; Kesztyüs Márk; Szilágyi Judit; Busa Csilla (2010a): A szakemberek véleménye az elterelésről, In: Vitrai József (szerk.) *Büntetés helyett*. Budapest, L'Harmattan Kiadó. 58-80.
16. Füzesi Zsuzsanna; Kesztyüs Márk; Szilágyi Judit; Busa Csilla (2010b): A kliensek véleménye az elterelésről, In: Vitrai József (szerk.) *Büntetés helyett*. Budapest, L'Harmattan Kiadó. 80-95.
17. Hollósi György (2001): A kábítószer-jelenség rendőri szemmel, In: Jávor Éva (szerk.): *Drogsapda*. Budapest, Paginarum Kiadó. 226-260.
18. Jambrik Ágnes Dr.; Dudits Dénes; Gáspár Gabriella; Törzsökné Góczán Emese (2010): Tanulmány a megelőző-felvilágosító szolgáltatás minőségügyi rendszerének kialakításához, In: Kun Bernadette; Dr. Felvinczi Katalin (szerk.): *Szabályozás a célzott és indikált prevenció területén I. Kutatási eredmények, legjobb gyakorlatok és eddigi szabályozási tapasztalatok*. Budapest.
19. Kalapos Miklós Péter (2019): Néhány gondolat a kábítószer problémás egyének önkéntes eltereléséről orvosi szemmel. *Belügyi Szemle*, 2019(12). 95-103.
20. Kopp Mária; Skrabski Árpád (2020): *A boldogságkeresés útjai és útvesztői*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.
21. Kósa Edina (2010): Az elterelés jogszabályi keretei, In: Vitrai József (szerk.): *Büntetés helyett*. Budapest, L'Harmattan Kiadó. 33-38.
22. Kóti Réka Ágnes; Opitz Éva (2007): *Drogfogyasztás és jog. Az elterelés jogi szabályozása és eredményessége Magyarországon*. Általános Vállalkozási Főiskola Tudományos Közlemények, 2007(18). 105-114.
23. Kökönyei Gyöngyi (2007): Bűnelkövető viselkedés és meghatározói gyermek- és serdülőkorban, In: Demetrovics Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai I*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 325-356.

24. Kuntsche, E. (2004): Progression of a General Substance Use Pattern among Adolescent in Switzerland? Investigating the Relationship between Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use over a 12-Year Period. *European Addiction Research*, 10. 118-125
25. Lévai Miklós (1992): Kábítószeres és bűnözés. (Elméleti kérdések és hazai helyzet.). Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
26. Paksi Borbála; Pillók Péter; Magi Anna; Demetrovics Zsolt; Felvinczi Katalin (2021): Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana. <https://mppt.hu/magazin/pdf/vol23issue1/v23i1p184.pdf> (Utolsó letöltés: 2024. 07. 22.)
27. Parker, H.; Williams, L. (2003): Intoxicated Weekends: young adults' work hard-play hard lifestyles, public health and public disorder. *Drugs: education, prevention and policy*. 10(4). 345-367.
28. Prochaska, J. O.; Norcross, J. C.; DiClemente, C. C. (2009): Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. Budapest, Ursus Libris.
29. Rácz József (2005): Az „elterelésről”. *Szakirodalmi összegzés. Addiktológia*, 5(1). 97-98.
30. Ritter Ildikó (2003): (T)Örvény. A kábítószerrel való visszaélés büntetőjogi megítélésének hatásvizsgálata - 1991. március 1. után. Budapest, L'Harmattan.
31. Rosta Andrea (2007): A deviáns viselkedés szociológiája. Budapest, Loisir Könyvkiadó.
32. Rózsa Sándor (2009): Mérőeszközök és mérési stratégiák az addiktológiában, In: Demetrovics Zsolt (szerk.): *Az addiktológia alapjai II.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 229-271.
33. Tringer László (2005): *A gyógyító beszélgetés.* Budapest, Medicina.
34. UMBC (é.n.): URICA <https://habitslab.umbc.edu/urica/> (Utolsó letöltés: 2023. 10. 16.)

Felhasznált jogszabályok

1993. évi XVII. törvény a büntető jogszabályok módosításáról

2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről

42/2008. (XI. 14.) EüM-SZMM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezelés, kábítószer-használatot kezelő más ellátás vagy megelőző-felvilágosító szolgáltatás szabályairól

12/2018. (VI. 12.) IM rendelet az egyes büntetőeljárási cselekményekre és a büntetőeljárásban részt vevő személyekre vonatkozó szabályokról



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (139-157)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/7

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Szisztematikus szakirodalmi áttekintés a figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavarral élő gyermekek bántalmazása háttérében álló egyéni és interperszonális rizikófaktorokról

Szűcs Dóra¹, Mohácsi Bernadett²

¹Szakmai vezető, Mentorállás Alapítvány 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 32, ORCID: 0009-0002-5939-1264

²Adjunktus, Debreceni Református Hittudományi Egyetem, 4026 Debrecen Kálvin tér 16., ORCID: 0000-0001-7686-6183

INFO

Szűcs Dóra
sz.dora3312@gmail.com

Keywords

ADHD, child abuse,
hyperactivity,
impulsivity,
attention disorder

ABSTRACT

Abstract

Objective: To provide comprehensive knowledge of the factors behind abuse by parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Are children with ADHD are really at increased risk of child abuse? Is there a relationship between the onset of ADHD (hyperactive/impulsive-, attention deficit, combined) and the type of abuse? Does parental ADHD predispose to abuse? Finally, what are the long-term effects on a child with ADHD? Method: The study is following the PRISMA guidelines, 32 out of 683 studies were selected in the study sample. Result: The group of children with ADHD can indeed be identified as a risk group. The hyperactive type was associated with physical and emotional abuse and neglect of parental authority, attention deficit was associated with physical and sexual abuse, and custody and physical neglect. Parental ADHD has been identified as a risk factor, too. The long-term consequences were drug-use, in addition to the intensification of ADHD symptoms. Conclusion: We argue for the risk factor-reducing importance of parental education and psychological therapy.

Kulcsszavak

ADHD,
gyermekbántalmazás,
s, hiperaktivitás,
impulzivitás,
figyelemzavar

Absztrakt

Célkitűzés: Átfogó ismeret nyújtása a figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavarral (ADHD) élő gyerekek szülei részéről tapasztalható bántalmazás háttérében álló tényezőkről. Vajon az ADHD-s gyerekek valóban fokozottan ki vannak téve a gyermekbántalmazásnak? Van-e az ADHD megjelenési formája (hiperaktív/impulzív, figyelemhiányos,

kombinált) és a bántalmazás típusa között összefüggés? A szülői ADHD prediszponálja-e a bántalmazást? Végül milyen hosszú távú hatása van az ADHD-s gyermekre nézve? Módszer: A kutatást a PRISMA protokoll alapján végeztük, 683 tanulmányból 32-öt válogattunk be a vizsgálati mintába. Eredmény: Valóban rizikócsoporthoz azonosítható az ADHD-s gyerekcsoport. A hiperaktív típus a fizikai és érzelmi bántalmazással, valamint a szülői felügyelet elhanyagolásával, a figyelemhiányos típus a fizikai és szexuális bántalmazással, illetve a felügyeleti és fizikai elhanyagolással járt együtt. A szülői ADHD-t rizikótényezőként azonosítottuk. A hosszútávú következmény az ADHD tünetek felerősödése mellett a kábítószerhasználat volt. Konklúzió: A szülői edukáció és a pszichológiai támogatás rizikócsökkentő jelentősége mellett érvelünk.

Beérkezett: 2024.10.01.

Bírálat: 2024.10.15.

Elfogadva: 2024.10.23.

Bevezetés

A figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar napjaink egyik leggyakoribb idegrendszeri fejlődési rendellenessége, amellyel mind a gyermekpszichiátria, mind a közoktatás szembesül. Az ADHD méltán áll a kutatások fókuszában, hiszen az érintettek és környezetük életminőségét jelentősen meghatározza. Az ADHD-t kísérő tünetek -legyen szó akár a gyerek ADHD tüneteiről, vagy a szülő tüneteiről- több úton vezethetnek a gyermekek bántalmazásához. Jelen tanulmányban azokat az egyéni és interperszonális rizikófaktorokat tekintjük át, amelyeket a kutatások alátámasztottak. Az elméleti háttérben elsőként a szisztematikus irodalmi áttekintésben említett legfontosabb témákat vezetjük be, úgy, mint az ADHD prevalenciáját, tüneteit és megjelenési formáit. Erre azért kerítünk sort, mert ahogy a tanulmányból is látni fogjuk, attól függően, hogy melyik ADHD megjelenési formával állunk szemben, a szülői bánásmód változik. Ezt követően röviden áttekintjük a bántalmazás alapfogalmait.

Elméleti háttér

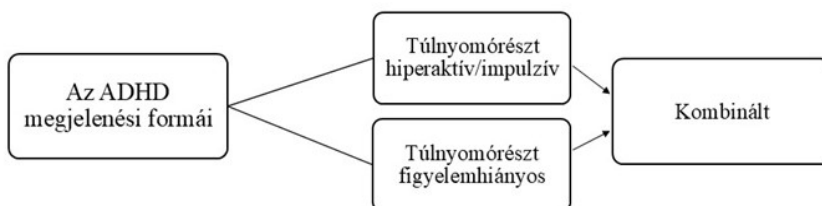
Az ADHD meghatározása, prevalenciája, tünetei és megjelenési formái

A DSM-5 meghatározása alapján az ADHD a figyelemhiány és/vagy impulzivitás olyan állandó mintázata, amely akadályozza a működést vagy a fejlődést és figyelemhiánnyal és/vagy hiperaktivitással és impulzivitással jellemezhető (DSM-5 2016). A figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar az egyik leggyakrabban előforduló zavar, amellyel a gyermek-és serdülőpszichiátria

találkozik (DSM-5 2016). A nemzetközi kutatásokból Polanczyk és munkatársai (2007; 2014) vizsgálatsorozatát emeljük ki, akik két metaanalízisükben, amelyet világviszonylatban folytattak le 5,3%-os gyakoriságot írtak le. Hazai prevalencia vizsgálatra egészen Nagy és munkatársai (2024) felmérésének publikálásáig nem volt példa. Kutatásuk eredménye szerint a közfinanszírozásban megjelenő ADHD-val diagnosztizált gyermekek aránya jelentősen elmarad a nemzetközileg becsült ADHD-prevalenciához képest (5%), amely számszerűsítve 2022-ben Magyarországon 4188 gyermeket jelentett. Eszerint a kutatás szerint legmagasabb arányokat hozó 2022-es évben is mindössze a magyar ADHD-s gyermekek szüleinek 13,7%-a fordult közfinanszírozott szakemberhez, azaz 7-ből 6 gyermek nem részesült közfinanszírozott ellátásban. Ebből az valószínűsíthető, hogy számos kezeletlen ADHD-val élő gyermek él hazánkban. Az ADHD-t leggyakrabban iskolás kor első éveiben diagnosztizálják, ugyanakkor markáns tünetei már korai életkorban megnyilvánulnak, illetve a gyermeket elkíséri egész élete során (Polanczyk és munkatársai 2007). Az ADHD jellemzői közé tartozik a figyelemhiány és/vagy-, az impulzivitás tünetei, amelyek esetünkben nem az életkornak megfelelőek, áthatók és tartósan fennállnak (Swanson és munkatársai 2006). Az ADHD úgynevezett „magtünetei” - a figyelemzavar, a hiperaktivitás és az impulzivitás- az életút során azonosak, azonban a tünetek megjelenési formái és a komorbid zavarok jellegzetes életkorspecifikus mintázatot írnak le (Balogh 2018; Miklósi, Máté és Balázs 2020). A klinikai tünetek dominanciája alapján további három megjelenési formát különböztet meg a szakirodalom: a túlnyomórészt figyelemhiányos, a túlnyomórészt hiperaktív-impulzív, illetve a kombinált megjelenési formát (DSM-5 2016), amelyet az 1. ábra mutat be. A figyelemhiányos megjelenési formára az alábbi tünetek jellemzőek: gyakran nem figyel kellőképpen a részletekre, vagy gondatlan hibákat vét, a feladatok során gondot okoz a figyelem megtartása, másoknak úgy tűnhet, hogy nem figyel akkor, amikor közvetlenül hozzá beszélnek. Nem fejezi be a feladatokat, illetve gondot okoz azok megszervezése, továbbá kihátrál a tartós mentális erőfeszítéssel járó feladatokból, elveszti a dolgait, feledékeny a napi tevékenységeiben és könnyen elterelődik a figyelme. A hiperaktív/impulzív típus jellemzői, hogy gyakran keze-lába fel-alá jár, dobol, ütöget, szaladgál, fel-alá mászkál, elhagyja a helyét, amikor ülnie kellene. Felmászik mindenre, túl sokat beszél és a csendes tevékenységek közben hangoskodik. Nehezebbé esik a várakozás

és félbeszakít másokat, tolakodóan viselkedik. A kombinált megjelenési forma mindkét típust magában foglalja (DSM-5 2016).

1. ábra A figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar megjelenési formái



Forrás: Saját szerkesztés a DSM-5 (2016) diagnosztikai klasszifikációs rendszer alapján

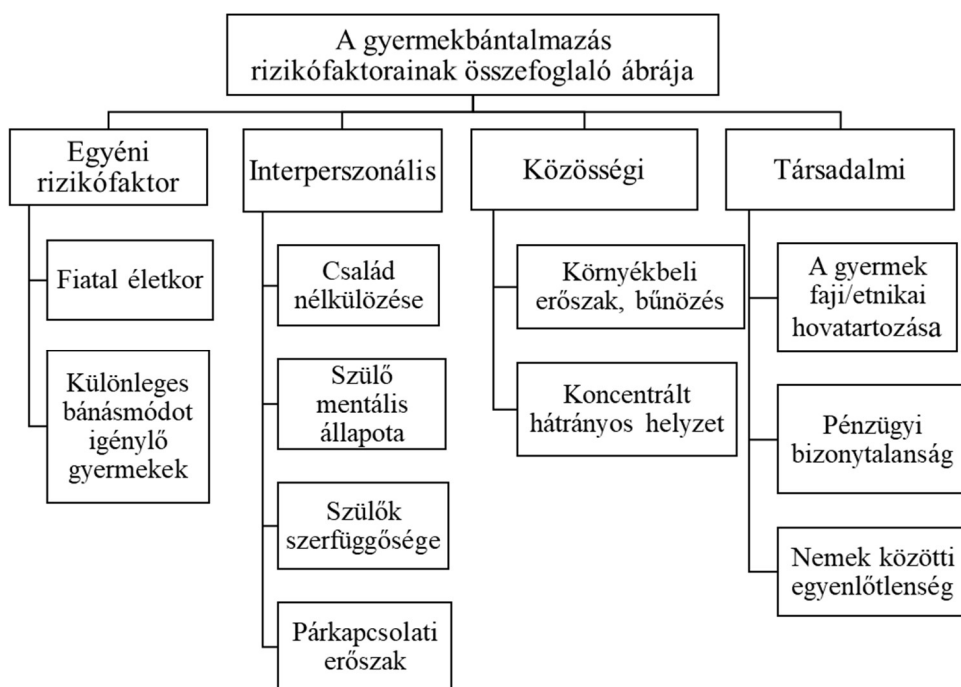
Általánosságban a gyermekbántalmazásról

A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint Magyarországon 2023-ban 29.910 gyereket vettek védelembe, ebből 477 esetben bántalmazás állt a háttérben (KSH. 2024). Noha ez az adat meglehetősen kis létszámú populációt mutat, ne felejtjük el, hogy ez csak a gyermekvédelmi rendszerben dolgozó kollégák látókörébe került gyermekek számát jelöli, amely még így is 477-tel több, mint ami elvárható lenne. Becslések szerint globálisan körülbelül 1 milliárd 2 és 17 év közötti gyermek szenved el a bántalmazás valamely fajtáját (WHO 2022). Bántalmazás alatt az Egészségügyi Világszervezet a következőt érti: fizikai erő vagy hatalom szándékos, fenyegető vagy tényleges alkalmazása egy másik személy vagy csoport ellen, amely sérülést, halált, pszichés károsodást, rossz fejlődést vagy nélkülözést eredményez, vagy az itt felsoroltaknak nagy a valószínűsége (WHO 1999).

A gyermekbántalmazás, az elhanyagolás és a gyermekkel való rossz bánásmód Giardino, Lyn és Giardino (2018) szerint egymással felcserélhető fogalmak. Gyermekbántalmazásról beszélünk, ha a gyermek vagy serdülő gondozója nem gondoskodik a gyermek vagy fiatal egészségéről, jólétéről, mindez káros hatást gyakorol a fizikai, fejlődési és/vagy pszichoszociális jólétére. Ez megtörténhet sérülés okozásával vagy a gyermek alapvető szükségletei kielégítésének elmulasztásával. A gyermekekkel való rossz bánásmód fő kategóriái a fizikai bántalmazás, a szexuális bántalmazás, az érzelmi/pszichológiai bántalmazás és az elhanyagolás. Az elhanyagolás tovább tipizálható, mégpedig a fizikai, felügyeleti, oktatási és az érzelmi/pszichológiai elhanyagolásra (Giardino, Lyn és Giardino 2018). A gyermekbántalmazás rizikófaktorainak tanulmányozása Bronfenbrenner (1977) szocioökológiai

keretrendszerében értelmezhető teljeskörűen, amely magában foglalja az egyéni rizikófaktorokat (életkort, mentális egészségi állapotot, és személyiségvonásokat), az interperszonális rizikófaktorokat (a gyermek kapcsolatait, illetve a kortársakkal és a családdal való interakciók), a közösségi szintet (azok a helyek, ahol más emberekkel érintkezik a gyermek, például az iskola) és a társadalmi szintet (a tágabb értelemben vett társadalmi környezetet foglalja magában, amelyben a gyermek fejlődik, például a társadalmi és kulturális normák). (Austin, Lesak és Shanahan 2020). A 2. ábra a kutatások által azonosított rizikófaktorokat mutatja be a szocioökológiai keretrendszerben.

2. ábra A gyermekbántalmazás rizikófaktorai a szocioökológiai modell keretrendszerében



Forrás: Saját szerkesztés Austin, Lesak és Shanahan (2020) nyomán

A 2. ábrát tanulmányozva kirajzolódik, hogy az ADHD, mint egyéni rizikófaktor attól függetlenül, hogy esetleg kedvező interperszonális, közösségi és társadalmi körülmények között él a gyermek, "hajlamosíthatja" a környezetét a bántalmazásra. Austin, Lesak és Shanahan (2020) a különleges bánásmódot igénylő gyermekek közül a Down-szindrómával és ajakhasadékkal élő gyermekek mellett az ADHD-s gyermekeket kiemelt rizikójú csoportként azonosítja. Az elméleti háttérből következik, hogy releváns annak

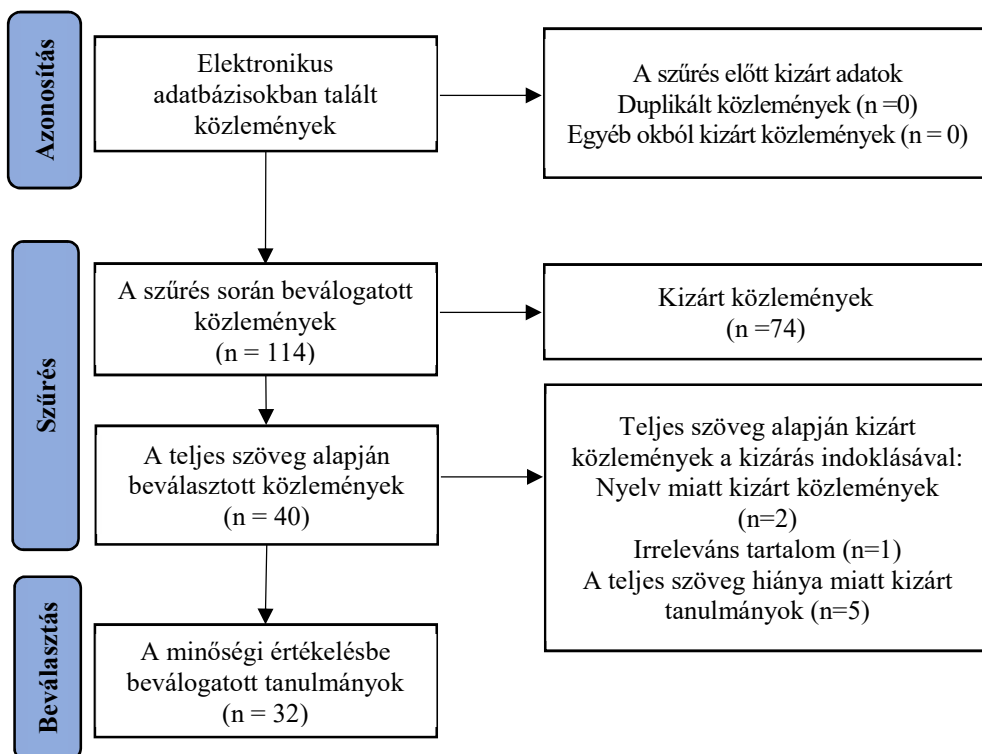
szisztematikus áttekintése, hogy milyen egyéni és interperszonális jellemzők vezetnek a kedvezőtlen kimenetelhez, azaz az ADHD-s gyermekek bántalmazásához. A következő fejezetben a tanulmány módszerének bemutatására kerítünk sort.

Módszer

A bevezetőben ismertetett kutatási kérdések megválaszolásához tanulmányunkban a szisztematikus irodalmi feldolgozás módszerét alkalmaztuk, melynek módszertanát Kamarási és Mogyorósy (2015) munkájukban részletesen kifejtik. Eszerint a „Rendszerezett áttekintő közlemények olyan transzparens, tudományos módszertannal, protokoll alapján készülő magas szintű átfogó tanulmányok, amelyek az elkészítésük során végzett részletes, alapos kutatómunka révén tartalmazzák az összes fellelhető irodalom kritikus értékelését, és tudományos igényű szintézisét egy adott témával kapcsolatban” (Kamarási és Mogyorósy (2015:1523). A fenti definíciót hivatott gyakorlatba ültetni az úgynevezett PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) protokoll (Page és munkatársai 2021). Ezt követve az irodalomfeltárás során a PubMed, a Science Direct, a Web of Science, a Scopus, az Embase, a MOB, a Google Scholar, az EISZ, a MATARKA, az MTMT, a ResearchGate, az Arcanum, a KSH, a Demográfia, az Akadémiai Kiadó, a Sage Journals adatbázisokban kerestünk olyan tudományos folyóiratcikkeket, melynek címében, absztraktjában vagy kulcsszavai között szerepel az alábbiak közül valamelyik kifejezés: „ADHD” és „child abuse”, „attention deficit hyperactivity disorder” és „child abuse”, „figyelemhiányos hiperaktivitási-zavar” és „gyermek abúzus”, „gyermek abúzus és ADHD”. A 3. ábra mutatja be részletesen az azonosítási, szűrési és beválasztási folyamatot. A folyamatábrát szintén a PRISMA ajánlás (Page és munkatársai 2021) alapján készítettük el. Ahogy a 3. ábrán is látható, összesen 683 tanulmányt értünk el a fenti keresési módszerrel, amelyből első körben duplikáció miatt nem zártunk ki cikkeket. Az első szűrést a PRISMA ajánlásnak megfelelően a tanulmányok címe és absztraktja alapján végeztük el. Szűrési kritériumként az alábbiakat határoztuk meg. Kizárólag a kutatási kérdéseknek megfelelő tartalmú tanulmányokat válogattuk be, tehát ha például az iskolai bullying témakörét vizsgálta a cikk, kizártuk a mintából. A retrospektív vizsgálatokból kizártuk azokat a keresztmetszeti kutatásokat, amelyek felnőtt vizsgálati személyek gyermekkori tapasztalatait kérdezték ki, abból a megfontolásból, hogy az idő torzító hatása befolyásolhatja az eredményt.

Ugyanakkor a longitudinális vizsgálatokat beemeltük a tanulmányok közé. A meglévő adatbázisokból dolgozó kutatásokat, illetve a szakirodalmi áttekintéseket (amennyiben szisztematikusak) bevettük a tanulmányok közé. A tanulmányok által vizsgált mintaelemszám alsó határát Memon és munkatársai (2020) ajánlása nyomán 30 vizsgálati személynél húztuk meg, illetve csak kontroll csoporttal rendelkező tanulmányok kerülhettek be a mintába. A 3. ábrán is látható, hogy a fenti kritériumok alapján összesen 74 közleményt zártunk ki és 40-et dolgoztunk fel a következő, úgynevezett beválogatási fázisban. A beválogatás során a teljes szöveget vizsgálva további nyolc tanulmányt zártunk ki. Egy francia és egy spanyol nyelven közölt cikket, ugyanis csak angol és magyar nyelvű publikációkat válogattunk be a kutatásba. Továbbá egy irreleváns tartalmú tanulmányt szintén kizártuk a vizsgálatból, ugyanis az ADHD-s gyermekek bántalmazása csak említés szintjén jelent meg a tanulmányban, azaz más változókra fókuszált. További öt tanulmányt nem tudtunk teljes terjedelmében elolvasni, ezért kizártuk a kutatásból. A minőségi értékelésbe ennek megfelelően 32 tanulmányt vontunk be.

3. ábra A tanulmányok azonosítása és beválogatása a PRISMA modell alapján



Forrás: Saját szerkesztés a PRISMA ajánlás nyomán (Page és munkatársai 2021)

Eredmények

Az ADHD, mint a bántalmazás rizikófaktor

Számos tanulmány kimutatta azt az összefüggést, hogy a bántalmazás rizikója fokozottabb a figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavarral élő gyermekcsoportban a kontroll csoporthoz képest. A bántalmazás típusait figyelembe véve széles a repertoár. A fizikai, érzelmi, szexuális bántalmazás mellett az elhanyagolás is megjelenik (Briscoe-Smith és Hinshaw 2006; Evinç és munkatársai 2014; Hadianfard 2014; Ouyang és munkatársai 2008; Gokten és munkatársai 2016; Stern és munkatársai 2018). Stern és munkatársai (2018) környezeti rizikófaktorokat vizsgáló longitudinális ikervizsgálatukban kimutatták, hogy a bántalmazás és elhanyagolás szoros összefüggést mutat az ADHD-val mind gyermekkorban, mind fiatal felnőttkorban. Mindez arra utal a szerzők szerint, hogy az összefüggés nem korlátozódik csupán a gyermekkori évekre, hanem hosszú távon fennmarad (Stern és munkatársai 2018). Craig és munkatársai (2020) a PRISMA ajánlás alapján készített, szisztematikus szakirodalmi áttekintésükben, amelybe ázsiai, dél-amerikai, észak-amerikai és európai mintát vizsgáló tanulmányokat válogattak be, szintén alátámasztják ezt az összefüggést. Valójában az ADHD tüneteit és kihívásait a szülők bántalmazó attitűdjének korai potenciális kockázati tényezőjeként tartják számon (Briscoe-Smith és Hinshaw 2006; Evinç és munkatársai 2014, 2018; Gul és Gurkan 2018). Számos okra vezethető vissza ez az összefüggés. Először is, a szülők küzdhetnek azzal, hogy a gyermek olyan externalizáló tüneteket mutat, mint például a hiperaktivitás, agresszivitás vagy az impulzivitás (Gul és Gurkan 2018; Hadianfard 2014; Gokten és munkatársai 2016). Ezen viselkedési tünetek növelhetik a szülők által megélt stresszt, ezzel párhuzamosan csökkenthetik a szülők gondozás minőségével kapcsolatos elégedettségét. Úgy érezhetik, hogy eredménytelen és hatástalan a nevelésük, ami végül arra készítheti a szülőket, hogy olyan fegyelmezési eszközökhöz nyúljanak, ami bántalmazó, tekintélyelvű (Evinç és munkatársai 2018). Ezzel összhangban egy iráni kutatás azt is feltárta, hogy a testi fenyítés mint fegyelmező eszköz az ADHD-s gyermeket nevelő családokban szignifikánsan gyakoribb, mint a nem ADHD-s gyermeket nevelő családokban, illetve a szülői önbizalom is alacsonyabb köreikben (Alizadeh, Applequist és Coolidge 2007; Evinç és munkatársai 2018). További szempont, melyet Karaca és munkatársai (2022) vizsgálata igazolt, hogy a gyermek tüneteinek súlyosságától függ az, hogy az

anyák mennyire alkalmaznak tekintélyelvű nevelési stílust. A súlyosabb ADHD tünetek az anya-gyermek kapcsolat fokozott konfliktusával járhatnak, az anyának több nehézsége van a gyermek gondozása során, és ez növelheti a bántalmazás kockázatát (Karaca és munkatársai 2022). Ghanizadeh és munkatársai (2014) iráni vizsgálati személyeknél a bántalmazás többféle típusa esetén nagyobb gyakoriságot azonosítottak a kontroll csoporthoz képest, beleértve a fizikai és érzelmi/pszichológiai típusú bántalmazást is, tehát a bántalmazás különböző fajtái egyszerre vannak jelen az adott családokban. Alizadeh, Applequist és Coolidge (2007) illetve Evinc és munkatársai (2018) vizsgálata is azt az eredményt támasztotta alá, hogy az ADHD-s gyermekek valóban több bántalmazást szenvednek el, és ezek közül is leggyakrabban a fizikai bántalmazás volt jelen. Halkett, O'Grady és Hinshaw (2022) női szexmunkás vizsgálati személyeket vizsgálva jutottak arra a következtetésre, hogy az ADHD rizikófaktor a kockázatos szexuális viselkedés tekintetében, beleértve a korábbi szexuális együttlétet, az orális szexet, a tinédzserkori terhesség magasabb arányát és a szexuális partnerek nagyobb számát. Összességében elmondhatjuk tehát, hogy az ADHD-val és a viselkedési zavarral kapcsolatos tünetek - beleértve az agresszivitást, az impulzivitást - komoly gondozási kihívást jelenthetnek a szülők számára és emiatt a gyermekeket sebezhetővé tehetik, könnyen bántalmazás áldozatává válhatnak (Gokten és munkatársai 2016). A következő fejezetben azokat az ADHD tüneteket tekintjük át, amelyek esetén igazolták a bántalmazás kockázatának tényét.

A gyermek ADHD tünetei, mint a bántalmazás egyéni rizikófaktorai

A bántalmazás szempontjából az ADHD-s gyermekek egyéni rizikófaktorai között szerepelnek azok a tünetek, amelyek a fejlődési zavarból erednek. Az irodalmi háttérben kitértünk rá, hogy a magtünetek alapján három megjelenési forma jellemző. Az alábbiakban ezek mentén jellemezzük a bántalmazásnak való kitettséget.

Az ADHD megjelenési formái és a bántalmazásnak való kitettség közötti összefüggések

Elsőként a hiperaktív/impulzív megjelenési formát tekintjük át. Wu és munkatársai (2021) azt állapították meg, hogy ez az egyik legkockázatosabb gyermekcsoport a bántalmazás szempontjából, vizsgálatukban azt az eredményt kapták, hogy a hiperaktív tünetekkel rendelkező serdülők több

érzelmi és fizikai bántalmazást tapasztaltak. A kontroll csoporthoz képest szignifikánsan gyakrabban ($p < 0.0083$) élnek át érzelmi-, és fizikai bántalmazást a hiperaktív tinédzserek, melynek hátterében az állhat, hogy hajlamosak megsérteni a társadalmi normákat, és gyakran impulzív viselkedést mutatnak. Emellett Wu és munkatársai (2021) kimutatták kínai hiperaktív vizsgálati mintán, hogy esetükben a szülői vagy tanári kritikát gyakrabban kíséri fizikai erőszak és/vagy verbális bántalmazás. Ez részben megmagyarázhatja azokat az eredményeket, amelyek szerint a hiperaktív serdülő fiúk több érzelmi és fizikai bántalmazást tapasztaltak, mint nem hiperaktív társaik. Az érzelmi bántalmazás és az életesemények meglete szignifikánsan ($p < 0.001$) befolyásolta a hiperaktivitási tünetek és a szomatikus tünetek közötti kapcsolatot (Wu és munkatársai 2021). Garrido és munkatársai (2011) szerint a fizikai és pszichológiai bántalmazás hiperaktív/impulzív tünetekkel való összefüggése kézenfekvőnek tűnik, mivel a hiperaktív és magas impulzivitású gyermekek szülei nehezebben kommunikálnak velük, a gyermekek nagyobb valószínűséggel nem engedelmeskednek szüleiknek, és mindez a szülők általi fizikai bántalmazáshoz vezethet, a kutatásban résztvevők 28,8%-a szenvedett már fizikai bántalmazást. Megállapításukkal összhangban Ouyang és munkatársai (2008) szintén beszámoltak a fizikai bántalmazás és a hiperaktív/impulzív tünetek közötti összefüggéséről (esélyhányados: 1,3), kiegészítve a szülői felügyelet/védelem elhanyagolásával (esélyhányados: 1,5), amely a bántalmazás egy kevésbé látványos, passzívabb formája. Ugyanerre a következtetésre jutottak Imai és munkatársai (2021) munkájuk során, más minta alapján - bentlakásos intézményben élő fiatalokkal- dolgoztak, mégis ugyanarra a következtetésre jutottak: azok, akik fizikai bántalmazást tapasztaltak, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel ($p = 0.012$) mutattak hiperaktív/impulzív tüneteket, mint akiknek nem volt negatív tapasztalatuk. Másodszor az ADHD figyelemhiányos altípusára térünk ki. A fizikai bántalmazás elszenvedésére közvetlen hatással van a figyelemzavar megléte, amely által a bántalmazott, ADHD-s gyermek agresszív viselkedési formát vesz fel, tehát ő is agresszívebb lesz és (Garrido és munkatársai 2011). Az ADHD figyelemhiányos típusa Ouyang és munkatársai (2008) kutatásának eredménye szerint összefügg a gyermek elhanyagolásával, ezen belül az elhanyagolás felügyeleti/védelmi (esélyhányados: 1,6) és fizikai altípusával (esélyhányados: 2,1). Ugyanezen vizsgálat a fizikai abúzus és a szexuális bántalmazás valószínűségét is azonosította. Az a megállapítás, hogy a figyelemhiányos megjelenési forma

erőteljesebben befolyásolja a gyermekkori bántalmazás lehetőségét elsősorban talán ellentmondásosnak tűnhet, ám más tanulmány is alátámasztotta ezt (Lugo-Candelas és munkatársai 2021; Ouyang és munkatársai 2008). A háttérben az állhat vizsgálatok szerint, hogy a figyelmetlen altípust kevésbé valószínű, hogy felismerik, így a későbbi felismerés késleltetett intervencióhoz vezet, amely által a gyermek tünetei folyamatosan, hosszabb ideig fennállnak, növelve ezzel a szülőben a stresszt (Lugo-Candelas és munkatársai 2021), amelynek nyomán a bántalmazás eszközéhez nyúlhat. Végül a kombinált megjelenési formát tekintjük át. A szülő felől tapasztalható bántalmazás és a gyermeki ADHD kombinációja a gyermek agresszív viselkedéséhez vezet, melynek hátterében az állhat, hogy a szülői stressz és szorongás, valamint a nehéz gyermeki temperamentum kombinációja a gondozás kudarcának érzéséhez vezet. Mindez növeli a bántalmazó szülői bánásmód valószínűségét, ami végül kiemeli az agresszív gyermeki tendenciákat. Briscoe-Smith és Hinshaw (2006) az ADHD kombinált típusát kiemelt rizikófaktoraként említi a fenti folyamatban. Továbbá Halkett, O'Grady és Hinshaw (2022) a kombinált típus esetén igazolta, hogy rizikófaktor a kockázatos szexuális viselkedés tekintetében, amelyre egy korábbi fejezetben már kitértük.

Az ADHD-s szülő tünetei, mint a bántalmazás rizikófaktorai

Az ikervizsgálatok egyértelműen alátámasztják az ADHD családon belüli öröklődésének hipotézisét (Brikell, Kuja-Halkola és Larsson 2015) ezért fontos kérdés, hogy vajon az ADHD-val élő szülők hogyan küzdenek meg az ADHD-s gyermekekkel kapcsolatos mindennapi kihívásokkal? Somogyi, Máté és Miklósi (2015) az ADHD és szülőség témáját feldolgozó szakirodalmi összefoglalójukban kiemelik, hogy a szülő esetén az ADHD-ra jellemző neurokognitív deficitok állhatnak a jellegzetes gondozói nehézségek hátterében. Rámutatnak, hogy a viselkedés kontrollálása, a következetes megerősítés, a gyermek mindennapi tevékenységének strukturálása, a szabályok felállítása és tartása, továbbá az érzelemszabályozás és empátia képessége nehézségbe ütközik. Ugyanakkor éppen ezekre a készségekre lenne az ADHD-s gyermeknek szüksége. A szakirodalmi áttekintésünk során bebizonyosodott, hogy azon gyermekek, akiknek valamelyik szülője az ADHD tüneteit mutatja, nagyobb valószínűséggel élnek át bántalmazást (Mulsow, O'Neal és Murry 2001; Rodriguez, Gonzalez és Foiles (2018). A szülők figyelmetlensége és hiperaktivitási tünetei várhatóan negatív irányban befolyásolják a gyermekek viselkedésének pontos észlelését, amely szükséges

lenne a megfelelő fegyelmezéshez, így válnak az ADHD-s szülő gyermekei fokozottan veszélyeztetett populációvá a gyermekbántalmazás vonatkozásában is (Rodriguez, Gonzalez és Foiles (2018). Az ADHD jelenléte a családban egyet jelent a fokozott stressz élményével. Az ADHD-s szülők gyakran maladaptív megküzdési módokat alkalmaznak. Kimutatták például, hogy az ADHD hozzájárul a kábítószerrel való visszaéléshez, a depresszióhoz és az elszigeteltséghez, a munkanélküliséghez és az alacsony iskolai végzettséghez (Mulsow, O'Neal és Murry 2001). Ezen tényezők mindegyike veszélyeztető faktor a gyermekbántalmazás tekintetében, ahogy a korábbi fejezetben és a 2. ábrán rámutattunk. Gul és Gurkan (2018) megállapította, hogy az ADHD-s gyermekek szignifikánsan nagyobb mértékben vannak kitéve fizikai (95% versus 75%, $p < .001$), érzelmi (90% versus 30%, $p < .001$) és szexuális bántalmazásnak (13% versus 3%, $p = .01$), valamint fizikai (17% versus 3%, $p = .002$) és érzelmi elhanyagolásnak (71% versus 25%, $p < .001$), mint a kontroll csoport. ADHD-s gyerekeknél a megnövekedett anyai hiperaktivitás/impulzivitás az érzelmi bántalmazás és érzelmi elhanyagolás fokozott kockázatával járt együtt. Hasonlóképpen, az anyai fizikai elhanyagolás és az apai figyelemhiány a szexuális bántalmazás fokozott kockázatával társult (Craig és munkatársai 2020). Összefoglalva az rajzolódik ki a szakirodalmi áttekintésből, hogy a szülői ADHD jelenléte több úton vezethet bántalmazó viselkedéshez. Egyrészt az alacsony szocioökonómiai státusz interperszonális és közösségi rizikófaktoroként fejtheti ki hatását, másrészt a gyermek ADHD tüneteire adott inadekvát reakción keresztül. Mulsow, O'Neal és Murry (2001) ugyanakkor arra a következtetésre jutottak, hogy a szülői ADHD önmagában nem vezet abúzushoz. Ezt támasztja alá, hogy a legtöbb ADHD által érintett család nem folyamosodik erőszakhoz. Az egyéni és környezeti kockázati tényezők felhalmozódása és kölcsönhatása vezethet a gyermekbántalmazáshoz és elhanyagoláshoz. Összegezve elmondhatjuk, hogy a szülői ADHD jelenléte valós rizikófaktor a gyermekbántalmazás szempontjából, több síkon vezethet kedvezőtlen szülői bánásmódhoz.

A bántalmazás hosszú távú következményei az ADHD-s gyermekekre nézve

A gyermekbántalmazással kapcsolatos szakirodalommal összhangban a vizsgálatunk eredményei is azt mutatják, hogy azok a gyermekek, akiknek a kórtörténetében bántalmazás szerepelt, magasabb a későbbi bűnözés aránya és

nagyobb valószínűséggel nyúlnak kábítószerhez. De Sanctis, Newcorn és Halperin (2014) alátámasztották a fenti megállapítást, ám amikor specifikusan az ADHD-s és bántalmazott gyerekeknél vizsgálták a bűnözés lehetőségét, nem találtak szignifikáns eltérést a kontroll csoporthoz képest. Ugyanez nem volt viszont igaz a kábítószerrel való visszaélés vizsgálatakor. Azon fiatal felnőttek, akik bántalmazás áldozatai voltak gyermekkorban és ADHD diagnózissal is rendelkeznek, hajlamosabbak a kábítószerhez nyúlni. Egy további következmény, hogy a korai életkorban (4 éves korig) átélt bántalmazás a későbbiekben (4-10 év között) nagyban hozzájárult a figyelemzavar tünetének felerősödéséhez, holott a bántalmazást át nem élt gyerekekre ebben az életkorban a figyelemzavar csökkenése a jellemző (Craig és munkatársai 2020). Rodriguez, Gonzalez és Foiles (2018) megállapították, hogy az érzelmi bántalmazás és a nevelőszülőknél való elhelyezés erőteljes összefüggést mutat az ADHD diagnózisával. Azt is megállapították, hogy a fizikai bántalmazás növelte az ADHD diagnózis valószínűségét a lányoknál, míg az érzelmi bántalmazás növelte az ADHD diagnózis valószínűségét a fiúknál. Összességében ezek a tanulmányok alátámasztják azt az elképzelést, hogy a korai gyermekkorban alkalmazott kedvezőtlen bánásmód növeli az ADHD tüneteinek megjelenésének és így az ADHD diagnózis kockázatát. De Sanctis és munkatársai (2012) egy longitudinális vizsgálatban kutatta, hogy a bántalmazás és az ADHD milyen hatással van a későbbi bűnözői karrierútra? Az eredmények szerint az ADHD önmagában nem, a bántalmazással együtt viszont összefüggött a későbbi deviáns viselkedéssel. A kortárskapcsolatokra fókuszáló vizsgálatban alátámasztották, hogy a bántalmazott al csoport erős tendenciát mutatott arra, hogy negatív szociometriai státuszba kerüljön. Az ADHD és a bántalmazotti státusz egyaránt összefügg a társak elutasításának kockázatával; a két kockázati tényező kombinációja rendkívül nagy elutasítást eredményezett az osztálytársaktól, amely agresszív, antiszociális viselkedéshez vezethet az ADHD-s gyermekek jövőbeli életében (Briscoe-Smith és Hinshaw 2006). Összegezve a hosszú távú hatást elmondható, hogy noha a későbbi bűnözés kapcsán ellentmondásos eredmények születtek, a kábítószerhasználat és a negatív kortárskapcsolatok valószínűsége terén egyértelműen alátámasztást nyertek. Továbbá úgy tűnik, hogy a kedvezőtlen szülői bánásmód következtében az ADHD tünetek is felerősödnek, amely negatív spirálként újabb bántalmazás melegágya lehet.

Megvitatás és javaslatok

Jelen tanulmányban az ADHD-val élő gyermekek egyéni és az interperszonális rizikófaktorait elemeztük a bántalmazás szempontjából. Eredményeink alátámasztották az ADHD-s gyermekek szülői bántalmazásnak való kitettségét. Mind a szülői bántalmazás, mind az elhanyagolás gyakoribb közöttük. Az eredmény megerősítette Austin és munkatársai (2020) kutatási eredményeit, miszerint a különleges bánásmódot igénylő gyerekek, kiemelten például az ADHD-s gyerekek csoportja fokozottan veszélyeztetett. Második kutatási kérdésünk az ADHD megjelenési formájára fókuszált, mely szintén releváns vizsgálati kérdésnek bizonyult. Tovább árnyalta az ADHD és bántalmazás közötti összefüggést. A hiperaktív típus gyermekek a fizikai és érzelmi bántalmazással, valamint a szülői felügyelet elhanyagolásával járt együtt, a figyelemhiányos megjelenési formával élők pedig a fizikai és szexuális bántalmazással, illetve a felügyeleti és fizikai elhanyagolással veszélyeztetettek. A figyelemhiányos megjelenési forma kapcsán az aluldiagnosztizálás jelensége további nehezítő tényező, hiszen hosszabb távon kell a gyerekeknek az esetleges abúzust elszenvedni. A kombinált típus bármely típusú bántalmazás szempontjából jelentős rizikót jelent. Ez az eredmény magyarázatot adhat többek között arra, hogy miért születnek ellentmondásos eredmények abban az esetben, ha az ADHD-s gyerekeket homogén csoportként kezelik. A jövőbeni kutatásokban érdemes differenciáltan vizsgálni a három megjelenési formát, ahogyan a gyakorlati szakemberek számára is fontos ajánlás, hogy a szülői nevelési tanácsadáson is tegyék ugyanezt. A harmadik kutatási kérdésünk szintén jelentős szempontot emelt be a későbbi kutatások számára. A szülői ADHD többértű összefüggését azonosítottuk a gyermekbántalmazással. Egyrészt közvetlenül a szülői impulzivitáson keresztül, másrészt közvetett módon a szülő ADHD okozta negatív életútjából eredő interperszonális és környezeti rizikóként van jelen. A tanulmány az ADHD-s gyerekek bántalmazásának hosszú távú következményei közül a későbbi kábítószerhasználatot és a negatív kortárskapcsolatok jelenlétét erősíti meg, mindennek hátterében a bántalmazás hatására felerősödő tünetek állhatnak.

Összegzés

A rizikófaktorok azonosítása lehetőséget kínál a családok segítése érdekében a veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő jelzőrendszer tagjai számára,

hogy mindenki a maga szakterületén tudja azonosítani a potenciális rizikócsoportokat. Ennek megfelelően a gyermekorvosok, védőnők, szociális munkások, pszichológusok, pedagógusok, gyógypedagógusok számára adhat támpontot a tanulmány. A családok segítése érdekében veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő jelzőrendszer tagjainak fontos tisztában lenni az ADHD tünetekkel küzdő gyermekekkel szembeni gyermekbántalmazás magas valószínűségével, hogy segítsenek annak korai felismerésében és megelőzésében. Abban is fontos célkitűzés, hogy támogassák az ADHD-s gyermekek szüleit a megfelelő szülői készségek kialakításában, amelyek szélesíthetik a megküzdési repertoárjukat szocioökonómiai státuszuktól függetlenül. A gyermekek bántalmazásával kapcsolatos kutatásunk egyik célja az volt, hogy azonosítsuk azokat a rizikótényezőket, amelyek a leginkább reagálnak a beavatkozásra. Amennyiben a szülők segítő szakemberhez fordulnak, az ADHD, mint a gyermekbántalmazás kockázati tényezője csökkenthető rizikófaktor lehet.

Felhasznált irodalom

1. Alizadeh H; Applequist K. F; Coolidge F. L. (2007): Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse & Neglect*, 31(5). 567-572.
2. Austin A.E; Lesak A.M; Shanahan M.E. (2020): Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current epidemiology reports*, 7. 334-342.
3. Balogh Livia (2018): A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) hibázáshoz kötött viselkedéses-és EEG kiváltott válasz eltéréseinek vizsgálata (Doktori értekezés). Semmelweis Egyetem
4. Brikell I; Kuja-Halkola R; Larsson H. (2015): Heritability of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *American Journal of Medical Genetics* (168). 406–413.
5. Briscoe-Smith A. M; Hinshaw S. P. (2006): Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30(11). 1239-1255.
6. Bronfenbrenner U. (1977): Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7). 513-531.
7. Craig S. G; Bondi B. C; O'Donnell K. A; Pepler D. J; Weiss M. D. (2020): ADHD and exposure to maltreatment in children and youth: A systematic review of the past 10 years. *Current Psychiatry Reports*, 22 (79). 1-14.
8. De Sanctis V. A; Newcorn J. H; Halperin J. M. (2014): A prospective look at substance use and criminal behavior in urban ADHD youth: what is the role of maltreatment history on outcome?. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6. 79-86.
9. De Sanctis V. A; Nomura Y; Newcorn J. H; Halperin J. M. (2012): Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. *Child Abuse & Neglect*, 36(11-12). 782-789.
10. DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer. (2016): Budapest, Oriold és Társai Kiadó.
11. du Prel Carroll; Yi H; Liang Y; Pang K; Leeper-Woodford S; Riccardi P; Liang X. (2012): Family-environmental factors associated with attention deficit hyperactivity disorder in Chinese children: a case-control study. *PLoS One*, 7(11). e50543.

12. Evinç, Ş G; Özdemir D. F; Gençöz T; Akdemir D. (2014): Child maltreatment and associated factors among children with ADHD: A comparative study. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 56. 11-22.
13. Evinç, Ş G; Özdemir D. F; Karadağ F; Akdemir D; Gençöz T; Sürücü Ö; Ünal F. (2018): A qualitative study on corporal punishment and emotionally abusive disciplinary practices among mothers of children with ADHD. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28(3). 276-284.
14. Garrido E. F; Taussig H. N; Culhane S. E; Raviv T. (2011): Attention problems mediate the association between severity of physical abuse and aggressive behavior in a sample of maltreated early adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 31(5). 714-734.
15. Ghanizadeh A; Yazdanshenas P; Mousavi Nasab M; Firoozabadi A; Farrashbandi H. (2014): Parental abuse towards their children with ADHD in Iran. *Journal of Family Violence*, 29. 269-276.
16. Giardino A.P; Lyn M.A; Giardino E.R. (2018): *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*. Springer.
17. Gokten E. S; Duman N. S; Soylu N; Uzun M. E. (2016): Effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 62. 1-9.
18. Gul H; Gurkan C. K. (2018): Child maltreatment and associated parental factors among children with ADHD: A comparative study. *Journal of Attention Disorders*, 22(13). 1278-1288.
19. Hadianfard H. (2014): Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(2). 77-84.
20. Halkett A; O'Grady S. M; Hinshaw, S. P. (2022): An exploratory investigation of childhood sexual abuse and other theory-driven predictors of sex work among women with and without childhood ADHD. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(4). 949-962.
21. Imai J; Sasayama D; Kuge R; Honda H; Washizuka S. (2021): Hyperactive/impulsive symptoms and autistic trait in institutionalized children with maltreatment experience. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2021(179). 29-39.

22. Kamarási Viktória; Mogyorósy Gábor (2015): Szisztematikus irodalmi áttekintések módszertana és jelentősége. Segítség a diagnosztikus és terápiás döntésekhez, *Orvosi Hetilap*, 156(38). 1523-1531.
23. Lugo-Candelas C; Corbeil T; Wall M; Posner J; Bird H; Canino G; Fisher W. P; Suglia S. F; Duarte C. S. (2021): ADHD and risk for subsequent adverse childhood experiences: Understanding the cycle of adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(8). 971-978.
24. Margolin G; Gordis E.B. (2000): The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51. 445-479.
25. Memon M. A; Ting H; Cheah J. H; Thurasamy R; Chuah F; Cham T. H. (2020): Sample size for survey research: Review and recommendations, *Journal of Applied Structural Equation Modeling*, 4(2). 1-20.
26. Miklósi Mónika; Máté Orsolya; Balázs Tünde (2020): A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) fejlődépszichopatológiai szemlélete. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(3). 112–120.
27. Mulrow M. H; O'Neal, K. K; Murry V. M. (2001): Adult attention deficit hyperactivity disorder, the family, and child maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(1). 36-50.
28. Nagy Péter; Bársony Gábor; Frigyesy Róbert; Imre László; Mazzag Bálint; Péntes Melinda (2024): A gyermekkori figyelemzavar és hiperaktivitás kezelése a magyar közfinanszírozott ellátásban. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 23(2.). 49-58.
29. Nemmezi Karaca S; Uzun Cicek A; Mercan Isik C; Kanak M; Demirel G. (2022): Evidence of the relationship between attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and emotional abuse in a sample of preschool children. *Children's Health Care*, 51(3). 336-353.
30. Ouyang L; Fang X; Mercy J; Perou R; Grosse S. D. (2008): Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6). 851-856.
31. Page M.J; McKenzie J.E; Bossuyt P.M; Boutron I; Hoffmann T.C; Mulrow C.D. (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, *British Medical Journal*, 372.
32. Polanczyk G; de Lima M.S; Horta B.L; Biederman J; Rohde L.A. (2007): The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and

- metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6). 942–948.
33. Polanczyk G; Willcutt E.G; Salum G.A; Kieling C; Rohde L.A. (2014): ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2). 434–442.
34. Rodriguez C. M; Gonzalez S; Foiles A. R. (2018): Maternal ADHD symptoms and physical child abuse risk: a multi-informant study. *Journal of Child and Family Studies*, 27(12). 4015–4024.
35. Somogyi Klára; Máté Orsolya; Miklósi Mónika (2015): Felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és szülőség: Szakirodalmi összefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3). 617–632.
36. Stern A; Agnew-Blais J; Danese A; Fisher H. L; Jaffee S. R; Matthews T; Polanczyk G. V; Arseneault L. (2018): Associations between abuse/neglect and ADHD from childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child Abuse & Neglect*, 81. 274–285.
37. Swanson J.W; Swartz M.S; Van Dorn R.A; Elbogen E.B; Wagner H.R; Rosenheck R.A; Stroup T.S; McEvoy J.P; Lieberman J.A. (2006): A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 63(5):490–9.
38. WHO (1999): Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva
39. WHO (2022): Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)
40. Wu S; Yang T; He Y; Cui X; Luo X; Liu J. (2021): Association between hyperactivity symptoms and somatic complaints: mediating and moderating mechanisms in childhood trauma and life events among Chinese male adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 12. 1–10.
41. Internetes forrás: Központi Statisztikai Hivatal (2024): A nyilvántartott, védelembe vett kiskorúak.
https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0059.html



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (158-184)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/8

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Investigating Language Barriers in Public Healthcare Services: A Case Study of International Students in Budapest, Hungary

Gutama Namomsa¹, Aye Kyi Phyu²

¹University of Public Service, Doctoral School of Public Administration Science, Budapest, Hungary, ORCID iD: 0000-0002-9417-7493

²Eötvös Loránd University, Doctoral School of English and American Studies, Budapest, Hungary, ORCID iD: 0000-0002-8179-9621

INFO

Gutama Namomsa
ermi45309@gmail.com/
gutama.namomsa@ambou.edu.et
Aye Kyi Phyu
ayekyiphyu@student.elte.hu

Keywords

Language barriers, public healthcare service, international students, Budapest, Hungary

ABSTRACT

Abstract: Language barriers in healthcare impact the cost and quality of services, affecting international students in Budapest, Hungary. The study explores challenges faced by international students in understanding medical advice within the public healthcare system and identify strategies to overcome these challenges. A qualitative approach involving eighteen international students from various universities in Budapest was used for data analysis. While most participants did not face urgent health issues, those with more severe conditions encountered significant language barriers, signage issues, and access delays. The primary challenge identified was the language barrier, which complicated communication with medical staff. Participants utilized technology like Google Translate, interpreters, and non-verbal communication to overcome language barriers. The study emphasizes the need for policies to enhance communication between healthcare providers and international students for equitable access to quality healthcare services.

Kulcsszavak

nyelvi akadályok, egészségügyi szolgáltatás, külföldi diákok, Budapest, Magyarország

Nyelvi akadályok vizsgálata az egészségügyi ellátásban: Esettanulmány Budapesten élő külföldi hallgatókról

Absztrakt: Az egészségügyi ellátásban a nyelvi akadályok befolyásolják a szolgáltatások költségét, minőségét és hatással vannak a Budapesten (Magyarországon) élő külföldi hallgatókra. A tanulmány azokat a megoldásra váró nehézségeket tárja fel, melyekkel a külföldi hallgatók szembesültek az egészségügyi ellátás résztét képező orvosi tanácsok megértése kapcsán. A cél olyan stratégia kidolgozása,

ami segít ezen problémák megoldásában. A kvalitatív megközelítés különböző budapesti egyetemen tanuló 18 külföldi hallgatótól kapott adatokat elemezte. A legtöbb résztvevő nem került olyan egészségügyi helyzetbe, ami sürgős ellátást igényelt, viszont azok, akik súlyos állapotban voltak, jelentős mértékű nyelvi akadállyal, jelölési gondokkal és késedelmes ellátással szembesültek. Az elsődleges nehézség a nyelvi akadály volt, ami körülményessé tette az egészségügyi dolgozókkal történő kommunikációt. A résztvevők Google Fordítót, tolmácsokat és nonverbális kommunikációt használtak segítségként, hogy legyőzzék a nyelvi akadályokat. A tanulmány hangsúlyozza, hogy olyan irányelvek kidolgozása szükséges, melyek javítják a egészségügyi dolgozók és a külföldi diákok közötti kommunikációt, hogy egyforma eséllyel juthassanak a minőségi egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Beérkezett: 2024.09.12.

Bírálat: 2024.10.09.

Elfogadva: 2024.10.31.

Introduction and Background of the study

In Europe, schools of public health have been slow to adapt to new technologies (Øvretveit 1998). According to Cooney, Felipe and Alexey (2021), healthcare sectors are increasingly embracing innovative solutions like robot-assisted care, advanced IT systems, and Service-Oriented Architectures (SOA), demonstrating that technology is driving progress in ways traditional institutions have yet to integrate fully. According to Namomsa (2023) Digital technologies bring big opportunities for transforming healthcare services that will result in quality health services in order to improve the well-being of the community.

In China, the use of information technology, including the internet, mobile internet, cloud computing, and big data, is being proposed as a means to improve the quality and accessibility of medical and healthcare services, including public health services (Zeng and Wu 2019). Additionally, service-oriented architectures (SOA) are being used to extend life and enhance the functionality of public health systems, enabling them to meet increasing demands for information and analysis (Noam 2010). Furthermore, computer multimedia terminals are being developed to provide health information and services in public places, offering personalised and intersectional health services.

Language barriers in public healthcare services can significantly affect healthcare professionals and patients. Miscommunication due to language

discordance can lead to reduced satisfaction among patients and healthcare providers, decreased quality of healthcare services, and compromised patient safety (Mangal and Farmer 2023). Language interpretation services are effective in enhancing care, but they may not be available in resource-limited settings and can increase the cost and length of healthcare visits (Sewoenam 2022; Zhao, Norman et al. 2021). Implementing online translation tools (e.g., Google Translate and MediBabble) has shown promise in improving healthcare quality and satisfaction among medical providers and patients (Patil and Davies 2014). It is crucial to address language barriers in healthcare to ensure linguistic equity and provide competent healthcare.

Language obstacles in healthcare occur when a practitioner and a patient do not speak the same language fluently. According to the 2020 United States Census, approximately 21.5% of respondents spoke a language other than English at home, and 8.2% (up from an estimated 4.8% in 1980) reported speaking English less than "very well" (these patients can sometimes be labelled as having "Limited English Proficiency"; however, this moniker is controversial) (US Census Bureau 2020). With a rising number of patients reporting primary languages other than English and limited English fluency entering the US healthcare system, healthcare professionals must be aware of the presence and impact of language barriers.

Effective patient-clinician communication is critical to quality healthcare delivery. Language barriers have been shown to increase the likelihood of medical errors (such as misdiagnoses, medication errors, or adverse drug reactions) by 50% and the risk of readmission by 50% (Al Shamsi, Almutairi et al. 2020; Cohen, Rivara et al. 2005; de Bruijne, van Rosse et al. 2013).

Language barriers have been reported to affect not only the quality of care but also the cost of delivering care, such as greater medical visit lengths and increased health resource use (Karliner, Jacobs et al. 2007). Patients who were identified as having a language barrier also reported changes in the quality of care, poor satisfaction with care received, and barriers to seeking and receiving healthcare, with one study finding that 66.7% of these patients reported facing a barrier when accessing healthcare and 20% not seeking healthcare because they were afraid of not understanding their healthcare provider (Wilson, Chen et al. 2005). Due to numerous omissions in safety event reports, efforts to assess the direct involvement of language barriers in safety events have proved difficult (Benda, Bisantz et al. 2022). Furthermore, previous research has indicated insufficient detection, reporting, and attempts to bridge linguistic

hurdles (Karliner, Jacobs et al. 2007). This may be due, in part, to healthcare staff's proclivity to overestimate a patient's English fluency, with studies suggesting that 25% of patients with a preferred language other than English are misclassified as English preferring (Boscolo-Hightower, Scheckel and Hammer 2014). In a large survey study, medical providers reported trouble understanding patients, which necessitated medical interpreter use in only 36% - 43% of patients who did not speak the same language as the provider (Kale and Syed 2010).

These challenges are particularly relevant for international students in Budapest, where language barriers can significantly impact access to healthcare services and effective communication with medical professionals. As a major educational hub, Budapest attracts a diverse student population, making the need for improved language support and culturally sensitive healthcare practices especially critical.

International students, as a growing and diverse demographic, are particularly vulnerable to language-related challenges when navigating healthcare systems in foreign countries. For many, the combination of cultural differences, unfamiliar medical terminology, and limited proficiency in the host country's language can complicate interactions with healthcare providers, reducing access to quality care.

Budapest, Hungary, a leading European educational hub, hosts thousands of international students each year. While Hungary has made strides in advancing public healthcare, the language barrier remains a critical issue for international students. Most public health services in Budapest are conducted in Hungarian, and despite some efforts to offer multilingual services, many students still encounter difficulties in accessing proper care. The impact of these barriers is not limited to students' physical and mental well-being but also significantly affects their academic experience and integration into local society.

This study aims to investigate the extent and impact of language barriers in public healthcare services on international students in Budapest. By examining the challenges these students face and exploring potential solutions, the study seeks to provide insights into how public healthcare systems can adapt to better serve a linguistically diverse population, ultimately improving healthcare access and outcomes for international students in Hungary. This study was intended to answer the following research questions: What challenges do international students in Budapest face when attempting to understand medical

advice within the public healthcare system? What potential approaches can be employed to address the difficulties encountered by international students across various universities in Budapest when trying to understand medical advice or instructions within the public healthcare system?

Implications of using uncommon languages in health care services for patients, providers, and the health system as a whole

Using rare languages in healthcare services can have consequences for patients, providers, and the entire health system. Language issues can cause miscommunications between healthcare workers and patients, resulting in lower satisfaction, lower quality of care, and compromised patient safety (Mangal and Farmer 2023). To completely understand patients' needs and experiences, healthcare workers must be able to comprehend languages other than verbal communication, such as body language, unconscious language, and how patients manage their surroundings (Carlo 2022).

Furthermore, employing local languages in healthcare can improve care quality and patient safety by encouraging culturally sensitive care and improving communication between healthcare seekers and providers (Rasweswe, Mmapheko and Fhumulani 2022). Using untrained translators in multilingual countries can lead to provider-patient miscommunication, emphasizing the need for systemic solutions, including language training programs for healthcare personnel (Thomas 2021). Understanding the elements that influence spoken languages and how language semantics can be translated is essential for providing successful healthcare services, which necessitates coordination among healthcare practitioners, language specialists, and IT professionals.

How does the use of uncommon languages in health care services in Hungary affect the quality of care?

The usage of uncommon languages in health care services in Hungary can impact care quality. For example, in a study conducted by Klinovszky, Kiss et al. (2019), it was discovered that health literacy influences patients' ability to absorb and use medical information offered by clinicians (Nagy 2018). This can be especially difficult when patients do not speak Hungarian, the official language. Furthermore, Nagy's research emphasises the relevance of language policies and regulations in accommodating language minorities, particularly migrants, in Hungary (Vilmosh 2022). If healthcare personnel cannot

communicate with patients in their original language successfully, it can lead to misconceptions, misdiagnoses, and, ultimately, a reduced quality of care offered. As a result, healthcare workers must have the required language skills and resources to provide efficient communication and high-quality care for patients who speak unusual languages.

Methods

This section includes information about the study's participants, the research setting, and the specific research questions that guide the investigation into the challenges faced by international students in Budapest's public healthcare system.

Research questions

RQ 1. "What challenges do international students in Budapest face when attempting to understand medical advice within the public healthcare system?"

RQ 2. What potential approaches can be employed to address the difficulties encountered by international students across various universities in Budapest when trying to understand medical advice or instructions within the public healthcare system?

Context of the study

The study takes place in Budapest, the capital city of Hungary, which is home to a large number of international students because of its prestigious universities and lively cultural scene. Despite this welcoming environment, international students often encounter difficulties when dealing with the public healthcare system, mainly due to language barriers and differences in medical practices.

Budapest's public healthcare system, like many in non-English-speaking countries, can present significant challenges for non-native speakers. These challenges are compounded by the specialised and technical nature of medical terminology and the critical importance of accurately understanding medical advice and instructions. To address these challenges and propose some possible solutions, the present study will focus on two main research questions.

The participants

As shown in the below table 1 the participants in current academic research are eighteen international students studying in different universities in Budapest.

The participants come from broad and diverse educational backgrounds and research interests, such as Food Science, Earth Science, Mechanical Engineering, Computer Science, Organisational Science and Economics, and Linguistics, among others, representing the interdisciplinary character of our study. Their collective experience in Hungary ranges from 0.5 to 4 years, demonstrating significant immersion in the academic and cultural environment and reflecting adaptation to the Hungarian community.

The participants exhibit diverse language proficiency levels in English and Hungarian. English proficiency levels vary from basic to professional, while Hungarian proficiency tends to be at the beginner level. These diverse linguistic backgrounds of the participants may have implications for communication and collaboration in accessing public healthcare services. The participants, aged 22 to 37, came from 18 diverse academic programs and represented multiple continents, including Africa and Asia.

The geographic diversity of the participants in the study, which includes students from Asia, Africa, and the Middle East, significantly shapes their experiences in navigating the public healthcare system in Budapest. Here are some key points regarding this diversity and the importance of including students from other regions in future studies:

Cultural Differences: Students from different regions often have varying cultural backgrounds, beliefs, and practices related to health and healthcare. These differences can influence their expectations and interactions with healthcare providers. For instance, students from collectivist cultures may prioritize family involvement in healthcare decisions, while those from more individualistic cultures may focus on personal autonomy. Understanding these nuances is crucial for improving communication and care delivery.

Language Proficiency: The level of English proficiency can vary widely among students from different regions. For example, students from countries where English is a second language may face more significant challenges in understanding medical terminology and communicating with healthcare providers. This can lead to misunderstandings and reduced access to quality care, highlighting the need for tailored communication strategies.

Previous Healthcare Experiences: Students' prior experiences with healthcare systems in their home countries can shape their expectations and comfort levels when seeking care in Hungary. Those from countries with well-established

healthcare systems may have different expectations compared to those from regions with less access to healthcare services. This background can affect their willingness to seek help and their perceptions of the healthcare system in Budapest.

Importance of Including Students from Other Regions

Broader Insights: Including students from other regions, such as Europe or the Americas, in future studies can provide a more comprehensive understanding of the challenges faced by international students. This broader perspective can help identify common issues and unique challenges that may arise from different cultural and healthcare contexts.

Policy Development: Insights gained from a diverse participant pool can inform policymakers and healthcare providers about the specific needs of various student populations. This can lead to the development of more inclusive and effective healthcare policies that address the unique challenges faced by international students from different backgrounds.

Enhanced Support Systems: Understanding the experiences of students from various regions can help universities and healthcare systems create better support systems. Tailored resources, such as language assistance programs and culturally sensitive healthcare services, can be developed to meet the diverse needs of international students, ultimately improving their healthcare access and outcomes.

In summary, the geographic diversity of participants shapes their healthcare experiences in significant ways, and including students from other regions in future studies is essential for developing a more inclusive and effective healthcare system for all international students.

A detailed description about the participants can be seen in the following table.

Table 1: A list of participants of the study

Participants	Age	Gender	Nationality	Academic programme	Length of stay in Hungary	Language proficiency
Participant 1	33	Male	Ethiopian	PhD in Food Science	2 year	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 2	27	Male	Ethiopian	Master	2 years	English (Good) Hungarian (Basic)
Participant 3	22	Male	Jordanian	Central European Studies MA	3 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 4	30	Male	Kenyan	PhD Earth Sciences	2 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 5	29	Female	Mongolian	MSc	2 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 6	25	Female	Thai	Master in Mechanical Engineering	2 years	English (Good) Hungarian (Basic)
Participant 7	29	Male	Indian	PhD in Engineering	2 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 8	37	Male	Ethiopian	PhD in Economic and regional science	1 year 4 months	English (Proficient) Hungarian (do not understand)
Participant 9	23	Female	Tunisian	Master in Computer science	2 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 10	27	Female	Myanmar	Phd in organisational science and economics	1 year	English (Proficient) Hungarian (Basic)

Participant 11	24	Female	Myanmar	Master in Food Safety and Quality Engineering	1 year 6 months	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 12	35	Male	Iran	PhD	2 years	English (Good) Hungarian (Basic)
Participant 13	27	Female	Myanmar	PhD in Education	4 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 14	37	Male	Nigerian	PhD	2 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 15	31, female, Myanmar	Female	Myanmar	Master in Regional and Environmental Economics	2 years	English (Proficient) Hungarian (Basic)
Participant 16	23	Female	Algerian	Master in Linguistics	2 years	English (Good) Hungarian (Basic)
Participant 17	35	Male	Ethiopian	MSc. in Economics	2 years	English (Good) Hungarian (Basic)
Participant 18	33	Male	Ethiopian	Master in Economics	1 year 6 months	English (Proficient) Hungarian (Basic)

Source: Own Data

Note: The participants were 18 international students from diverse academic backgrounds, including Food Science, Earth Sciences, Mechanical Engineering, and more. They had been residing in Hungary for varying periods, ranging from six months to four years, which provided a broad spectrum of experiences in navigating the public healthcare system.

Data collection

The semi-structured interview guide has been chosen as the research instrument for the study. Eighteen interviews were conducted with eighteen international students on their perceptions and experiences in attempting to comprehend medical advice or instructions with the public healthcare system of Hungary. The semi-structured interview guide (see Appendix A) is designed

with pre-prepared questions, follow-up questions (probing questions), and some comments to conduct the interviews more effectively (Raizi 2016).

The semi-structured interview schedule consists of twenty-five questions and was created to investigate the experiences of international students in Hungary who encounter language barriers when trying to access public healthcare services. The interview is divided into ten sections, each focused on specific aspects of healthcare access, language challenges, and the cultural context. The interview begins with questions about the participants and demographic information, such as their identity, academic program and duration in Hungary, and English and Hungarian language proficiency levels. Questions 4 to 7 explore the participants and initial experiences and the challenges they faced with the healthcare system in Hungary. Questions 8 to 10 focus on communication issues between the participants and healthcare professionals, asking about their experiences with language barriers and the strategies they used to overcome communication difficulties. Questions 11 to 13 inquire about the availability and effectiveness of language support in Hungarian healthcare services, including the use of translation services or interpreters. Questions 14 and 15 examine the cultural sensitivity of healthcare providers and its impact on the healthcare experience of the participants. Questions 16 and 17 address the consequences of language barriers on the participants and health outcomes and ask for specific examples of when language difficulties may have led to poor health outcomes or delays in receiving care. Finally, questions 18 to 21 explore the participants and ideas for improving language support in the public healthcare system, their awareness of healthcare rights, and the availability of resources.

A pilot study was conducted with two participants, and the problematic questions that needed to be clarified or rephrased for the interviewees were revised and refined. According to the participant's availability, interviews were conducted in person or online. Participants were informed that they would be recorded, and they gave their consent to that. The interviews lasted from 20 to 30 minutes. The interview recordings were transcribed using Microsoft Word (Dictation).

Data analysis

Thematic analysis was employed to identify recurring patterns and themes in the participants' responses. Initial open coding was followed by axial coding to develop a comprehensive understanding of the key challenges faced by

international students. The analysis of the data collected from the interview study involved a comprehensive qualitative approach. Firstly, the researchers coded the collected data manually. This coding process was thorough, closely examining the transcriptions of eighteen interviews conducted in the study. The researchers carefully read the resulting textual data multiple times to identify and extract significant codes. As the researcher examined the transcripts, meaningful patterns and recurring themes emerged.

The specified codes were then systematically organised into a list of the various aspects and elements in the participants' responses. After that, the identified themes were synthesised according to the existing literature review discussion. Then, the themes and subthemes were categorised to extract meaningful insights into the participants' perceptions and experiences related to language barriers in the public healthcare system of Hungary. Finally, the researchers provided a comprehensive discussion of the research questions, offering a nuanced understanding of the participants' perspectives.

Fig1: Research Methodology

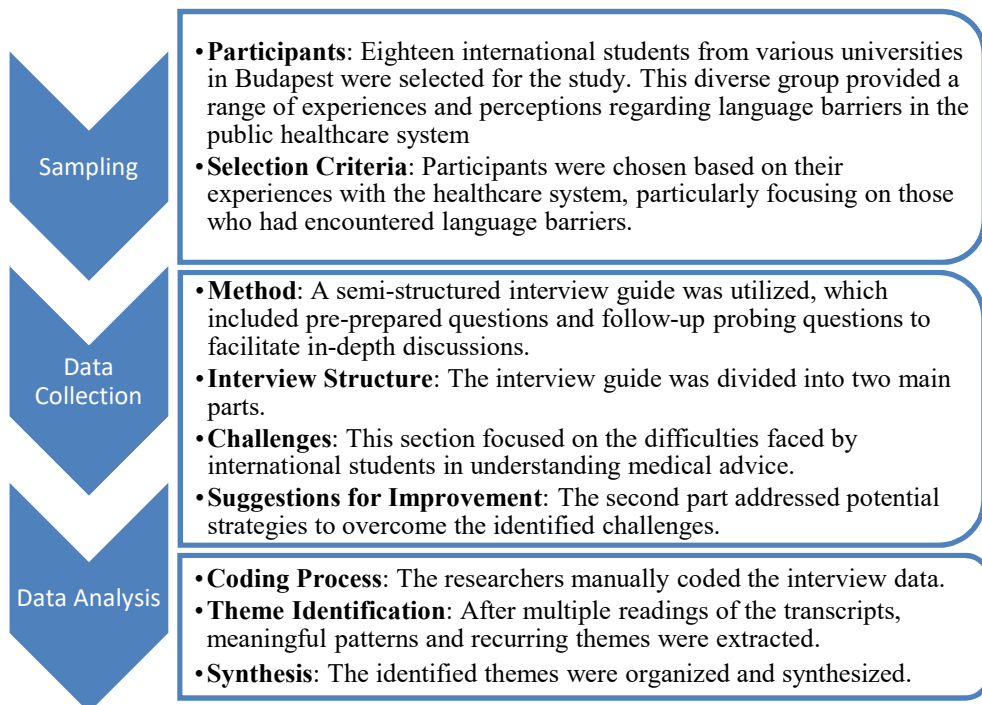
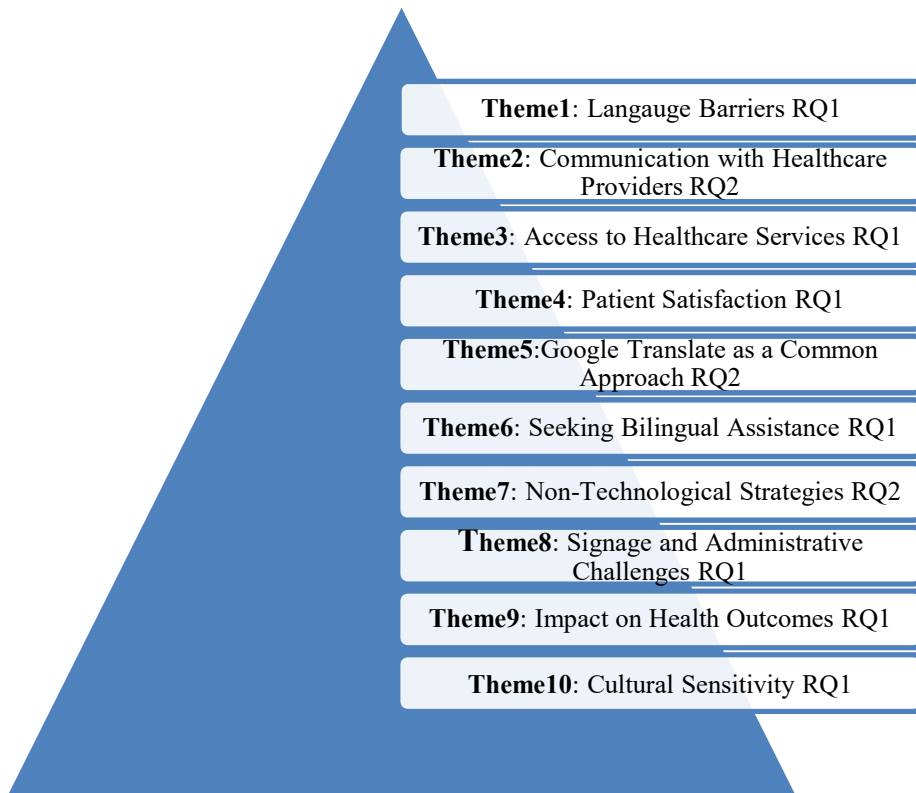


Fig2: The main themes of the research



Notes: The data analysis process identifies the primary themes, and each theme of the interview questions addresses the research questions.

Reliability and Validity

For the validity of the study, active involvement of the participants was sought through member checks, which involve requesting them to review the interview transcripts and confirm the accuracy of their experience. To enhance the reliability of the findings, two researchers independently coded the data, and discrepancies were resolved through discussion until a consensus was reached.

Findings and discussion

The identified themes mentioned in the previous section provide a comprehensive overview of the challenges and experiences faced by participants in the Hungarian healthcare system, emphasising the crucial role language plays in accessing and receiving appropriate medical care. In this

section, the two main research questions will be answered based on the identified themes.

RQ 1. What challenges do international students in different universities in Budapest face when attempting to comprehend medical advice or instructions within the public healthcare system?

The experiences shared by international students in different universities in Budapest regarding their interactions with the public healthcare system reveal a complex interplay of challenges, primarily rooted in language barriers, communication nuances, and varying degrees of satisfaction with the services provided.

One of the central themes emerging from the data is the challenge posed by language barriers. The difficulty in communicating with healthcare professionals and comprehending medical information hinders international students' access to timely and appropriate medical treatment. The majority of the participants (thirteen out of eighteen) indicated that language barriers posed a notable challenge in accessing healthcare services. For example, one participant emphasised that language was the "main barrier" because "no one spoke English," highlighting a critical systemic issue. Another participant described difficulties specifically in pharmacies when trying to purchase medicine, suggesting that the challenge extends beyond direct interactions with doctors to other areas of the healthcare system. On the other hand, some participants reported no significant language-related challenges, with some noting that healthcare staff, including nurses and doctors, spoke English fluently, facilitating effective communication. One respondent shared a nuanced experience where the doctor was kind but had to struggle with explaining his instructions due to limited English proficiency. These varied experiences indicate that while language barriers are a substantial obstacle for some, others benefit from adequate English language support within the healthcare system.

The second emerging theme is communication with healthcare providers, which is directly linked to the first theme, language barriers. Because of the language barriers (i.e. limited English language proficiency of Hungarian healthcare providers and the limited Hungarian language proficiency of international students), there have been several issues in communication between healthcare providers and international students. For example, participant 4 mentioned that miscommunication at hospital reception led to

being redirected to another facility, causing unnecessary delays and confusion. Participant 5 recounted a severe incident where the miscommunication with a contracted home doctor resulted in deteriorating health and subsequent hospitalisation. A particularly urgent case narrated by Participant 10 involved a misdirected midnight hospital visit, which made the patient's condition worse. Additionally, some participants noted challenges with understanding medical information when reports were provided in a non-native language or when encountering technical, medical terms. Therefore, communication with healthcare providers appears to be an important aspect of the healthcare experience for international students.

The third significant theme emerging from the analysed data is access to healthcare services. Because of miscommunication between healthcare providers and international students caused by language barriers, the participants found difficulties in accessing healthcare services. Some participants report ease of access in emergencies, contrasting with delays when English-speaking personnel are not readily available. The challenges in obtaining timely appointments and treatment underscore the need for a more streamlined and language-inclusive healthcare system.

The quality of healthcare service accessed by the participant's results in various levels of patient satisfaction, which is the fourth emerging theme from the data. Patient satisfaction emerges as a mixed and subjective aspect of the healthcare experience for international students. Positive encounters with supportive, friendly, and English-speaking healthcare providers contribute to higher satisfaction levels however, instances of dissatisfaction surface when language barriers lead to misunderstandings and, consequently, inadequate treatment. Overall, all these challenges discussed above suggest a need for more consistent language services across all healthcare touchpoints to ensure equitable access and comprehension for all international students.

In conclusion, the challenges faced by international students in Budapest's public healthcare system are complicated and interconnected. Addressing language barriers, improving communication strategies, enhancing accessibility, and promoting cultural sensitivity are imperative steps toward fostering a more inclusive and effective healthcare environment for the diverse student population. The narratives presented here provide valuable insights that can inform targeted interventions better to meet the healthcare needs of international students in Budapest.

RQ 2. What potential approaches can be employed to address the difficulties encountered by international students across various universities in Budapest when trying to understand medical advice or instructions within the public healthcare system?

The findings of this study suggest potential approaches to address the difficulties faced by international students in Hungary when trying to comprehend medical advice or instructions within the public healthcare system. The participants' responses revealed key themes such as Google Translate, bilingual assistance, non-technological strategies, and cultural sensitivity that are essential to consider in exploring practical solutions.

The data on how participants typically overcome language challenges when interacting with healthcare providers reveals a predominant reliance on technological tools, particularly Google Translate. Out of eighteen responses, a substantial number indicated that they use Google Translate to facilitate communication with healthcare providers. This tool serves as a practical solution to immediate language barriers. Its practicality in overcoming language barriers within a healthcare context was emphasised, with participants reporting its widespread adoption for various interactions, including checking inscriptions, form completion, and communication with healthcare professionals. However, while Google Translate is widely used to solve problems with language barriers, there are some limitations to using it in communication among healthcare providers and international students. Participant 17 claimed that relying solely on Google Translate can lead to misdirection when translation is done word by word, and the user may misunderstand the overall meaning of the original message.

Moreover, Participant 4 also noted that Google Translate is not as effective as direct communication with a healthcare professional in a shared language. This finding is consistent with research undertaken in the following studies. Flores (2006) revealed that communication difficulties were associated with poor healthcare outcomes, particularly for non-native speakers. As a result, many patients rely on technologies like Google Translate to improve communication. Zhou, Yang et al. (2022) investigated the usefulness of machine translation systems, such as Google Translate, in medical situations. They discovered that, while such technologies helped to overcome the communication gap, there were hazards connected with mistakes in medical translations, especially in complicated medical language.

A survey of international students conducted by Al Shamsi, Almutairi et al. (2020) indicated that many students struggle to communicate with healthcare practitioners owing to language barriers. According to the study, a large percentage of students used translation tools like Google Translate during medical appointments to improve communication. Patil and Davies (2014) investigated the usage of Google Translate for medical talks. They discovered that, while it was a popular tool among non-native speakers in healthcare settings, it was not always reliable in translating complicated medical words. However, patients continued to rely on it to grasp and communicate fundamental health information.

Some participants also reported seeking assistance from English-speaking or bilingual individuals within the healthcare setting or relying on non-verbal communication methods, such as smiling and using signs, to convey their needs. The use of interpreters was minimal among the respondents, with mixed feedback regarding their effectiveness; some found it helpful, while others pointed out challenges, such as literal translations that failed to convey the intended meaning. Some participants mentioned non-technological strategies, such as the use of gestures and expressions. Acknowledging that smiling and other non-verbal cues can facilitate communication suggests a helpful approach to overcoming language barriers. This blending of technological and interpersonal strategies emphasises the complex nature of addressing communication challenges in diverse and dynamic healthcare environments. In this case, cultural sensitivity emerges as a noteworthy aspect, with international students recognising efforts by healthcare professionals to bridge communication gaps through non-verbal means. Some express a desire to understand Hungarian, emphasising the importance of cultural competence in enhancing healthcare comprehension.

A few responses indicated no experience with language barriers, suggesting either proficiency in the local language or access to English-speaking healthcare providers. Cultural sensitivity involves recognising and respecting the diverse backgrounds of patients, which can significantly impact communication. In the context of healthcare, it helps bridge gaps caused by language barriers, enhancing the patient-provider relationship. Participants noted that non-verbal cues, such as smiling and gestures, played a vital role in communication. These methods can help convey empathy and understanding, making patients feel more comfortable despite language differences. Some international students expressed a willingness to learn Hungarian, indicating

that cultural competence can improve their healthcare experience. This desire reflects an understanding that language and culture are intertwined, and learning the local language can enhance communication. While some participants found interpreters helpful, others experienced challenges with literal translations. This highlights the need for culturally aware interpreters who can navigate both language and cultural nuances effectively. Cultural sensitivity can lead to improved patient satisfaction. When healthcare providers demonstrate awareness of cultural differences, it fosters trust and encourages open communication, ultimately enhancing the quality of care received. By focusing on cultural sensitivity, healthcare providers can better address language barriers, leading to more effective patient-provider relationships and improved healthcare outcomes.

However, the repeated mention of Google Translate underscores a significant gap in formal language support services. This necessity is emphasised by the potential for miscommunication caused by using non-professional translation tools, which can lead to misunderstandings and compromised patient care. These findings suggest the need for more accessible and reliable language support services, such as professional interpreters and multilingual staff within healthcare settings, to ensure clear and accurate communication, which is crucial for effective patient care and safety.

In conclusion, the discussion highlights the complex interaction of technological and interpersonal approaches in addressing language barriers for international students in Hungary's public healthcare system. The findings suggest that a comprehensive strategy, integrating tools like Google Translate with human interaction and considering non-technological strategies, is crucial for enhancing communication and ensuring adequate understanding of medical advice within this demographic.

Table2: Common strategies to overcome language barriers in healthcare

Strategy	Effectiveness
Google Translate	Widely used and considered a practical solution for immediate language barriers. Many participants reported its effectiveness in facilitating communication with healthcare providers, including checking inscriptions and completing forms
Interpreters	Usage was minimal among participants, with mixed feedback. Some found interpreters helpful, while others experienced challenges with literal translations that did not convey the intended meaning
Gestures and Non-verbal Communication	Some participants relied on gestures and expressions to convey their needs. This method was noted as a helpful approach, indicating that non-verbal cues can facilitate communication
Bilingual Assistance	Participants sought help from English-speaking or bilingual individuals within the healthcare setting, which was recognized as an effective strategy for overcoming language barriers.
Cultural Sensitivity	Acknowledgment of cultural sensitivity by healthcare professionals helped bridge communication gaps. Some participants expressed a desire to learn Hungarian, indicating that cultural competence enhances healthcare comprehension

Source: Own finding

Conclusion

The study paper focuses on the problems that international students face when attempting to grasp medical advice or instructions provided by the public healthcare system. The study included fifteen international students from various Budapest universities with varying educational backgrounds and

research interests. Participants stressed the necessity of resolving language barriers in public healthcare services since miscommunication can lead to lower satisfaction and lower quality of care. Language barriers significantly impact international students' access to healthcare services in Budapest, Hungary. Challenges faced by students include difficulties in understanding medical advice, miscommunication with healthcare providers, and delays in accessing timely treatment. The use of Google Translate is a common strategy employed by students to overcome language barriers in healthcare settings. While Google Translate is a helpful tool, the study underscores the need for institutionalised language support services, including professional interpreters and multilingual staff. Participants also rely on bilingual assistance, non-verbal communication methods, and occasional interpreters to bridge communication gaps in healthcare interactions. Cultural sensitivity plays a crucial role in enhancing communication between international students and healthcare providers, emphasising the importance of understanding diverse cultural backgrounds.

The study underscores the need for more accessible and reliable language support services, including professional interpreters and multilingual staff in healthcare settings, to ensure clear and accurate communication for effective patient care and safety. Participants noted that Google Translate was a frequently used tool to overcome language barriers in healthcare settings. They noted its usefulness and widespread usage for a variety of activities, such as checking inscriptions, completing forms, and communicating with healthcare experts. Participants also noted the complementing aspect of seeking multilingual support, emphasising their readiness to engage English-speaking individuals and use translation services. Overall, addressing language barriers, improving communication strategies, enhancing accessibility, and promoting cultural sensitivity are essential steps to create a more inclusive and effective healthcare environment for international students in Budapest, Hungary. Healthcare providers should consider implementing mandatory interpreter services for non-Hungarian speakers. This would ensure that patients can communicate effectively with medical staff, reducing the risk of miscommunication and enhancing patient safety. Training programs should be developed to educate healthcare professionals about the challenges posed by language barriers. This training can help staff recognise when to utilise interpreter services and how to communicate more effectively with patients who have limited language proficiency.

Healthcare institutions should strive to hire multilingual staff that can assist non-Hungarian-speaking patients. This would not only improve communication but also create a more welcoming environment for international students. While tools like Google Translate are commonly used, healthcare providers should explore the integration of more reliable and professional translation services. This could include partnerships with translation companies or the development of specialised healthcare translation apps. Policymakers should promote culturally sensitive practices within healthcare settings. This includes understanding the diverse backgrounds of international students and tailoring healthcare services to meet their specific needs. Ongoing research should be encouraged to explore the experiences of international students from various cultural backgrounds. This will help identify unique challenges and inform the development of targeted solutions to improve healthcare access and outcomes. Awareness campaigns should be launched to inform international students about available resources, such as interpreter services and multilingual support. This can empower students to seek help when needed and navigate the healthcare system more effectively. By implementing these recommendations, healthcare institutions can significantly improve the quality of care for international students in Budapest, ensuring equitable access to healthcare services and enhancing overall patient satisfaction.

Limitations and recommendations for further research

There are some limitations to consider in this small-scale research. Firstly, it had limited stakeholder involvement as it only included international students and did not consider the perspectives of administrators, healthcare service providers, and local people. Additionally, the study participants were only from Asia, Africa and the Middle East. So, there is a possibility that students from other countries and cultural backgrounds may face different challenges and have different suggestions for the language barrier in Hungary's public healthcare system. However, this study can serve as a starting point for future large-scale research.

Our study primarily involved international students to address specific challenges they face in navigating the public healthcare system in Budapest. Here are the reasons for this focus and suggestions for future research:

Unique Vulnerabilities: International students represent a distinct demographic that often encounters unique vulnerabilities, such as language

barriers, cultural differences, and unfamiliarity with the local healthcare system. By concentrating on this group, the study aims to uncover specific issues that may not be as pronounced in the general population.

Diverse Experiences: The participants in the study came from various academic backgrounds and had different lengths of stay in Hungary, providing a broad spectrum of experiences. This diversity allows for a comprehensive understanding of the challenges faced by international students, which can inform targeted interventions.

Direct Impact on Healthcare Access: The study highlights how language barriers directly affect the quality of care and patient satisfaction among international students. By focusing on their experiences, the research can pinpoint areas for improvement in healthcare services that cater specifically to this demographic.

Future Research Opportunities

Involvement of Healthcare Providers: Future research could benefit from including healthcare providers' perspectives. Understanding their experiences and challenges when communicating with international students can provide valuable insights into the systemic issues that contribute to language barriers and miscommunication.

Exploring Provider Training Needs: Investigating the training needs of healthcare providers regarding cultural competence and language sensitivity could lead to improved communication strategies. This could enhance the overall healthcare experience for international students and ensure that providers are better equipped to meet their needs.

Longitudinal Studies: Conducting longitudinal studies that track the experiences of international students over time, alongside feedback from healthcare providers, could reveal trends and changes in healthcare access and satisfaction. This approach would help in assessing the effectiveness of implemented strategies and policies aimed at improving healthcare equity.

Comparative Studies: Future research could also compare the experiences of international students in different countries or cities. This comparative analysis could identify best practices and successful interventions that could be adapted to improve healthcare access for international students in Budapest and beyond.

By expanding the research scope to include healthcare providers, future studies can create a more holistic understanding of the healthcare landscape for international students, ultimately leading to more effective solutions for improving healthcare equity.

Subsequent studies can explore what specific steps can be taken to address language barriers and improve communication strategies within the public healthcare system for international students in Budapest. Moreover, it would also be valuable to investigate the potential indirect consequences on health due to language barriers and delays in seeking medical attention for international students in Budapest's public healthcare system. Finally, to gain different perspectives, research should be done to study administrative challenges related to Hungarian signage and navigate administrative processes to enhance the accessibility of healthcare services for international students.

Contribution to Healthcare Equity for International Students

This study significantly contributes to ongoing efforts to improve healthcare equity for international students in several ways:

Identification of Language Barriers: By highlighting the specific language barriers faced by international students in Budapest, the study provides a clear understanding of the challenges that hinder access to quality healthcare. This identification is crucial for developing targeted interventions to address these issues.

Insights into Patient Experiences: The narratives collected from participants reveal the real-life experiences of international students navigating the healthcare system. These insights can inform healthcare providers about the complexities of communication and the need for improved strategies to enhance patient-provider interactions.

Recommendations for Policy Changes: The study outlines actionable recommendations for policymakers and healthcare institutions, such as implementing mandatory interpreter services and enhancing training for healthcare staff. These recommendations aim to create a more inclusive healthcare environment, ultimately promoting equity for all patients, regardless of their language proficiency.

Focus on Cultural Sensitivity: By emphasizing the importance of cultural sensitivity in healthcare practices, the study encourages healthcare providers

to consider the diverse backgrounds of international students. This focus can lead to more personalized care and better health outcomes for this demographic.

Foundation for Future Research: The findings of this study lay the groundwork for further research into the healthcare experiences of international students. Continued exploration in this area can help refine strategies and policies aimed at improving healthcare access and equity for this vulnerable population.

Overall, this study serves as a vital resource for stakeholders aiming to enhance healthcare equity for international students, ensuring that their unique needs are recognized and addressed within the public healthcare system.

References

1. Al Shamsi H; Almutairi A. G; Al Mashrafi S; Al Kalbani T. (2020): Implications Of Language Barriers For Healthcare: A Systematic Review. *Oman Medical Journal* 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>.
2. Arzt N. H. (2010): Service-Oriented Architecture In Public Health. *Journal of Healthcare Information Management* 24(2). 45-52.
3. Bellieni C. V. (2022): More Than Verbal Communication With The Patient Is Required: The Six Languages Of The Sick. *Nursing Reports* 12(4). 726-732.
4. Benda, N. C; Bisantz, A. M. (2019): Using Work Domain Analysis To Advocate For Social Justice: Meeting The Needs Of Resource-constrained Societies. In Roscoe, R.D; Chiou, E.K; Wooldridge, A.R. (eds). *Advancing diversity, inclusion, and social justice through human systems engineering*. London, Routledge. London, Routledge. 79-100.
5. Boscolo-Hightower R; Scheckel C. J; Hammer R. L; (2014): The Effects Of Language Discordance Between Healthcare Providers And Patients On Patient Safety And Quality Of Care. *Patient Safety in Healthcare* 12(2). 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.psh.2014.02.005>.
6. Chachu S. (2022): Implications Of Language Barriers For Access To Healthcare: The Case Of Francophone Migrants In Ghana. *Legon Journal of the Humanities*, 32(2). 1-36.
7. Cohen A. L; Rivara F; Marcuse E. K; McPhillips H; Davis R. (2005): Are Language Barriers Associated With Serious Medical Events In Hospitalized Pediatric Patients? *Pediatrics*, 116(3). 575–579. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0521>.
8. Cooney M; Felipe V; Alexey V. (2021): Robot First Aid: Autonomous Vehicles Could Help In Emergencies. 2021 Swedish Artificial Intelligence Society Workshop (SAIS). 1-4.
9. de Bruijne M. C; van Rosse F; Uiters E; Droomers M; Suurmond J; Stronks K; Essink-Bot M. L. (2013): Ethnic Differences In Adverse Events In Dutch Hospital Care: A nationwide study. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5). 453–459. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt045>.
10. Flores G. (2006): Language Barriers To Healthcare In The United States. *N Engl J Med*, 355(3). 229-231. 0720Persp.indd

11. Gazdag V. (2022): Ukrainian And Russian Borrowings From Professional Vocabulary In Transcarpathian Hungarian Dialects. *Journal of Philology* 2. 5-12.
12. Iyamu T; Phathutshedzo M. (2021): The South African Perspective Of The Impact Of Language On The Delivery Of Healthcare Services. *International Journal of Sociotechnology and Knowledge Development (IJSKD)* 13(2). 1-15.
13. Kale E; Syed H. R. (2010): Language Barriers And The Use Of Interpreters In The Public Health Services. A Questionnaire-based Survey. *Patient Education And Counseling* 81(2). 187-191.
14. Karliner L. S; Jacobs E. A; Chen A. H; Mutha S. (2007): Do Professional Interpreters Improve Clinical Care For Patients With Limited English Proficiency? A Systematic Review Of The Literature. *Health Services Research* 42(2). 727–754. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>.
15. Klinovszky A; Kiss I. M; Papp-Zipernovszky O; Lengyel C; Buzás N. (2019): Associations Of Different Adherence In Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Patient preference and adherence*. 395-407.
16. Mangal J. P; Farmer B. S. (2023): Language Barriers In Healthcare. In *Cases On Diversity, Equity, And Inclusion For The Health Professions Educator*. IGI Global. 113-129.
17. Nagy N. (2018): Language Diversity As A Source of Conflict In Hungary—Possible Implications Of Immigration. In: Ramírez, J; Abad-Quintanal, G. (eds). *Cross-Cultural Dialogue As A Conflict Management Strategy*. Advanced Sciences And Technologies For Security Applications. Springer, Cham. 46-58. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77231-8_5
18. Namomsa Daraje G. (2023): Digitalizing Community-based Health Insurance In Ethiopia. *Intentional Journal of Advanced Research* 11 (Jan). 1391-1395. <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16155>.
19. Øvretveit J. A. (1998): Developing Public Health Service Management In Europe. *The European Journal of Public Health* 8(1), 87-88. <https://doi.org/10.1093/eurpub/8.1.87>.
20. Patil S; Davies P. (2014): Use Of Google Translate In Medical Communication: Evaluation Of Accuracy. *Bmj*, 349: g7392. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7392>

21. Rasweswe M. M; Mmapheko D. P; Fhumulani M. M. (2023): The Importance Of Local Language In Healthcare: Naming and defining dysmenorrhea. *Journal of Communication in Healthcare* 16(2). 205-214.
22. Riazi A. M. (2016): *The Routledge Encyclopaedia Of Research Methods In Applied Linguistics*. London, Routledge.
23. Thomas M.G. (2021): Overcoming Patient-Provider Language Barrier: A Project Designed To Teach Health Professionals Afaan Oromoo Language. *Journal of Health Communications* 6 (2). 1-5.
24. United States Census Bureau (2020): *Language Spoken At Home*. U.S. Department Of Commerce. <https://www.census.gov>. 2024.2.3.
25. Wilson E; Chen A. H; Grumbach K; Wang F; Fernandez A. (2005): Effects Of Limited English Proficiency And Physician Language On Health Care Comprehension. *Journal of General Internal Medicine* 20(9). 800–806. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0174>.
26. Zeng S; Minhao W. (2019): Based On Public Health Service In Smart Medical Comprehensive Service Platform. In 2019 IEEE International Conference on Computation, Communication and Engineering (ICCCE). 48-51.
27. Zhao Y; Norman S; Anastasiya V; Estelle C; Andrew G. R. (2021): Language Barriers To Healthcare For Linguistic Minorities: The Case Of Second Language-specific Health Communication Anxiety. *Health Communication* 36(3). 334-346.
28. Zhou B; Yang G; Shi Z; Ma S. (2022): Natural Language Processing For Smart Healthcare. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*. <https://doi.org/10.1109/RBME.2022.3210270>.



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (185-192)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/9

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Antal Z. László: Egészségszociológia holisztikus megközelítésben. Válogatott tanulmányok - recenzió

Vatai Soma

Tanársegéd, Debreceni Egyetem ETK – Társadalomtudományi és Szociális Munka Tanszék
4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., ORCID iD: 0000-0002-8448-3040

vatai.soma@etk.unideb.hu

Beérkezett: 2024.09.11.

Bírálat: 2024.09.17.

Elfogadva: 2024.09.18.

Egy kutatói életpálya összegzése lehetőség és kihívás egyszerre. Lehetőség arra, hogy láthatóvá váljon az egymásba fonódó témák logikai kapcsolata, a legfontosabb csomópontok, amelyek a kutatói érdeklődés irányát befolyásolták. És kihívás, hogy sikerüljön hús oldalban összefoglalni akár egy egész évtizedet, hosszan kutatót kérdéseket érthetővé tenni egy-két tanulmány által. Az Antal Z. László szociológusi munkásságát bemutató kötet is ezekkel a lehetőségekkel és kihívásokkal szembesült, amikor arra vállalkozott, hogy megjeleníti egy, a társadalmak egészségével és betegségével foglalkozó kutatói út állomásait, és megkísérli bemutatni, miért vált szükségessé a holisztikus szemléletmód ezen a területen.

Antal Z. László pályáját egészségszociológiai kutatásokkal kezdte, majd a kilencvenes években foglalkozott az európai országok népesedési folyamatának vizsgálatával is. Az ezredforduló óta a természet és a társadalom kapcsolata, az ökológiai válság társadalmi és egészségügyi hatása a legfőbb kutatási területe. Az előszóban így fogalmaz: „több mint 40 éve folytatott kutatásaim arra az eredményre vezettek, hogy az egészségszociológia, a népesedési folyamatok, valamint az éghajlatváltozás területén megjelenő új kihívások egymással összefüggnek. [...] Ma már a társadalmak jövője szempontból egyre fontosabb az a kérdés, hogy a modern társadalmak miért nem tudnak megfelelő válaszokat adni ezekre a kihívásokra, miközben a következményeit pontosan és jól ismerik.” (Antal Z. 2020:7). Antal felsorolja a válságokat is: vízválság, a népesség elöregedése, az éghajlatváltozás miatt

kialakuló válság. Úgy látja, az egyidejű megjelenés felveti azt a gondolatot, hogy legalább részben közös okra vezethetők vissza ezek a válságok: a modern társadalom válságaira. A gyűjteményes kötet tanulmányait így két átfogó kérdés köti össze: miért került válságba a modern társadalom? Milyen társadalmi válaszok adhatók ezekre a válságjelenségekre?

A kötet három nagyobb egységből áll, amelyek további tanulmányokra tagolódnak. Az első és a harmadik rész három, míg a középső öt tanulmányt foglal magába. Az arányok azt is jelzik, hogy a középső rész egy témát alaposan körüljáró, kutatási adatokat is bemutató egység, míg az első és a harmadik inkább elméleti tanulmányokat sorakoztat fel.

Az első nagy fejezet címe: szociológiai kérdések holisztikus megközelítésben. A három, alfejezetként funkcionáló tanulmány azt a három szakaszt összegezi, amelyek a kutatói pálya során meghatározók voltak. Az első tanulmány az egészségszociológia hazai kialakulásával foglalkozik. Az egészségszociológia megjelenése valójában szemléletváltás a korábbi orvosi, azaz betegszociológia szempontjaihoz képest. Az egészségmagatartással, a megelőzéssel, a gyógyulással foglalkozik, valamint azokkal a társadalmi folyamatokkal, amelyek korlátozzák az egyén egészségét. Az első egészségszociológiai kutatás Magyarországon 1977-ben az „Életút – életmód – egészség” című kutatás volt. Az olvasónak feltűnhet, hogy már itt, az egészségszociológia magyarországi térnyerésével elindul a kutatóban az a folyamat, ami az egyre tágabb horizontok megnyitását eredményezi. Ma már természetesnek hangzik, hogy a betegségek és a gyógyítás önmagában való vizsgálata kevés, hiszen a megbetegedéshez vezető út bármely pontján sokkal hatékonyabb beavatkozási lehetőségek rejlenek, mint a már krónikussá vált betegség gyógyítása során. A hetvenes évek végén, különösen Magyarországon azonban ez egyáltalán nem volt magától értetődő. A horizont ilyen túlgúlya vezet azokhoz az alapkérdésekhez, mint hogy hol húzódnak a tudomány határai, mi tesz egy gyógymodot tudományossá. Antal 1991-től vizsgálta az alternatív gyógymodok egészségszociológiai hatásait, többször járt az Egyesült Királyságban, ahol ezek a gyógymodok sokkal nagyobb szerepet játszottak, akár a tudományos és társadalmi vitákban is. A tanulmány végén arról ír, hogy a kilencvenes évek végén találkozott egy új egészségszociológiai kockázattal, az erősödő UV-sugárzással. Ez a jelenség a természet és a társadalom kapcsolata felé fordította a figyelmét. A kérdést vizsgálva a klímaparadoxonok elméletéhez jut el, 2008-ban és 2015-ben jelenik meg kötete ebben a témában. Arra a következtetésre jut, hogy a modern

társadalmakban olyan ellentmondások alakultak ki, amelyek a jelenlegi társadalmi, gazdasági és politikai feltételek kereti között nem oldhatók fel. Ez vezeti el a holisztikus szemlélethez, amely a társadalmat és a természetet egységnek tekinti.

A második tanulmány a természet és a társadalom kapcsolatával foglalkozik, holisztikus megközelítésben. Antal azokat az elméleteket sorakoztatja fel, amelyek leírják, hogy a tradicionális társadalmakban a természet és a társadalom összekapcsolódik, míg a modernitás ezeket szétválasztja, elkülöníti. A klímaváltozás egy része egyértelműen emberi tevékenység következménye, a társadalomtudományok, köztük a szociológia szerepe mégis marginális mind az elemzésben, mind a megoldások kidolgozásában. Az első kutatási eredmények azt mutatják, hogy a jelenlegi gazdasági és társadalmi szemléletmód és működés keretei között ezek a problémák nem megoldhatók: a holisztikus szemlélet az az új paradigma, ami megoldáshoz vezethet.

A harmadik tanulmány címe: „A szimbólumok szerepe a természet és a társadalom közötti harmónia kialakításában”. Antal szerint a harmónia kialakításához a holisztikus szemléletmód, valamint a végtelen tér- és időszemlélet visszaállítása szükséges. A modern ember számára mind az idő, mind a tér végessé vált, ami megváltoztatta az emberek mindennapi életét. Az állandó rohanás és az utazási vágy is ennek része, és egyre inkább a virtuális világban való kalandozás is.

A modernitásban a racionalitás az uralkodó szemlélet, ami a világ varázstalanodásával jár. Háttérbe szorulnak a rituálék, a babonák. A varázslatosság visszaszerzése kell ahhoz, hogy az ökológiai válságra társadalmi választ lehessen adni; ennek érzékeltetésére olyan versek szimbolikáját értelmezi, amelyek meglátása szerint a klímaparadoxonok témaköréhez kapcsolódnak. Petőfi Sándor: A Tisza című verse például arra világít rá, hogy a természet és a társadalom kapcsolatának van transzcendens dimenziója is. A folyóhoz épített gát egy olyan kapcsolatot jelképez, amely már nem harmonikus, így okozhat a gát, folyó általi áttörése veszélyhelyzetet. József Attila: Gyönyörűt láttam című versének szimbolikája pedig arra mutat rá, hogy az élet fenntartásának minden feltétele vezetékeken jut el hozzánk, ami megterheli a környezetet, bennünket pedig kiszolgáltatottá tesz. A fenntarthatóság azt jelenti, hogy elhagyjuk ezt az intenzív osztályt, és sokkal inkább a helyi adottságokkal élünk harmóniában.

E tanulmány gyenge pontja, hogy hiányzik a hermeneutikai alátámasztás a szimbólumok kiragadása mellől. A befogadás természetesen szubjektív, ugyanakkor, ha valamilyen általánosabb jelentést szándékozik megmutatni az olvasónak, akkor az e jelentéshez vezető út sem lenne kihagyható.

A második nagy fejezet címe egyértelmű: kiválasztott egészségszociológiai kutatások eredményeit mutatja be. A kutatások módszerei kvalitatívak, jellemzően interjúk. A tanulmányok egy része inkább elméleti, a kontextusból arra következtethetünk, hogy egy-egy nagyobb kutatás megalapozásához készültek.

Az első tanulmány 1986-os, azaz még a szocializmus, így az államosított egészségügyi ellátás idején vizsgálja az érszűkületes betegek ellátását. A betegek betegútjait tekinti át: arra kíváncsi, hogyan jutnak el a kezelésig, és a betegségen kívül milyen tényezők formálják a betegutakat. Az eredmények azt mutatják, hogy nem minden beteg jut el az érsebészetig, anélkül is történik végtagamputáció (noha a mintavétel során azt feltételezzük, hogy az érsebészetig minden érintett beteg eljut). Akik időben (a betegség kialakulását tekintve korán) fordultak orvoshoz, azok felénél nem ismerték fel a betegséget. Összességében az egészségügy nem készült fel az érszűkületes betegek gyógyítására, noha ez vezető halálok. A rizikófaktorok emlegetésével az orvosok a betegre hárítják a felelősséget. Azaz az orvosok szerint nem az egészségügyön belül kellene változtatni, hanem a betegeken. Az egészségügyben erős szelekciós mechanizmusok működnek, az a beteg kap hamarabb/jobb ellátást, aki eltér a hivatalos úttól, maga is tájékozódik, és adott esetben fizet az ellátásért.

A második tanulmány a gyógyítás társadalmi beágyazottságát vizsgálja, talán épp a betegutak, a betegségek felismerésének, kezelésének megtapasztalt sokfélesége vezet eddig a kérdésfelvetésig. Emellett annak okait kutatja, mi állhat annak hátterében, hogy a születéskor várható átlagéletkor csökken, Magyarországon is, és a volt szocialista országokban is, miközben a fejlett európai országokban emelkedik. Antal azt veszi alapul, hogy a gyógyításnak is van szubsztantív és formális racionalitása, azaz az alapszükségletre, illetve a gazdasági, politikai és egyéb érdekekre hagyatkozó dimenziója. Arra a következtetésre jut, hogy az információs aszimmetria növekedésével csökken a gyógyítás társadalmi beágyazottsága. Az öngyógyítás és az önsegítés hiánya is a beágyazottságát csökkenti: ellenpéldaként hivatkozik Nagy-Britanniára, ahol az alternatív gyógyítás, önsegítés elterjedtebb, mint Magyarországon.

A harmadik tanulmány címe: „A gyógyítás integrációs formái Magyarországon az egészségügy államosítása előtt”. Bár jóval későbbi, mint az előző írás, ez fejti ki alaposabban, hogy hogyan is működtek a gyógyítás egyes formái, és az államosítással hogyan került egyre inkább előtérbe a formális, gazdasági racionalitás. Antal állítása, hogy az integrációs formák között – együttműködés helyett – verseny alakult ki, ahogy a gazdasági racionalitás erősödött, ami csökkentette a gyógyítás társadalmi beágyazottságát.

A negyedik tanulmány ismét korábbi, 1993-as, és a hálapénz témájával foglalkozik. Címe: „A hálapénz kialakulásának szükségszerűsége és nélkülözhetetlen funkciói”. Antal ebben megállapítja, hogy az érdekérvényesítés piaci mechanizmusait kiiktatta az egészségügy államosítása. A diktatórikus politikai helyzet kapcsán olyan célok érvényesültek, amelyek meggyengítették az eredeti, szubsztantív racionalitást. A központi tervezés miatt ki kellett zárni mindazokat az elemeket, amelyek ezt megzavarhatták volna.

Azok az elvek, amelyek mentén az ellátás alakult (a piaci szabályozás helyett), rendre kudarcot vallottak. A szükségletek szerinti elosztás kudarca: valójában nem mérhető a szükséglet, mert sehol nem ismerik kellő pontossággal ehhez a lakosság egészségi állapotát. Az ösztönzés kudarca: a teljesítménytől független fizetés nem ösztönözte az orvosokat, ugyanakkor más mérőszámok – például a kórházi ágyak kihasználtsága – eltorzították a rendszert, emiatt volt és van egyszerre jelen a hiány és a pazarlás. Az egyenlő ellátás elvének kudarca: az egészségügy erőforrásai alapvetően szűkösek, így az elosztásra kell valamilyen mechanizmus. Ez Magyarországon hiányzott, így szubjektív szempontos (pl. az orvosok érdekei) alapján történt az elosztás.

Emiatt szükségszerű a piaci mechanizmusok újbóli megjelenése: a módszertani hiányosságok, a magánellátás teljes kiiktatása és az orvosok alacsony fizetése együttesen eredményezte, hogy burkoltan megjelentek ismét a piaci viszonyok. A magán- és az állami ellátás összefonódott, és nem volt egymástól elkülöníthető. Bár a hálapénz az egészségügyi kiadásokon belül viszonylag kisebb hányadot jelent, az orvosok fizetéséhez viszonyítva jelentős összeg. Azok a területek fejlődtek jobban, amelyek erősen hálapénz-orientáltak voltak. A nyolcvanas évek közepére, végére már olyan szakadék keletkezett a piaci viszonyok mentén, hogy egyes betegek kiszorultak az ellátásból. Az állami ellátás pedig, a piaci viszonyok működése miatt, nem volt

képes a költségrobbanás megfékezésére. Így végső soron kétszintű ellátás jött létre a rendszeren belül.

Az ötödik tanulmány ezt a címet kapta: „Az időszemlélet változásának hatása a népesedési folyamatokra”. A holisztikus szemlélet jegyében Antal a vallásosság és a társadalmi, ezen belül is a demográfiai folyamatok kapcsolatát elemzi. Azt állapítja meg, hogy a vallásosság hatással van az egyének attitűdjeire, így a gyermekvállalásra is. Magyarázó jelenséggént leírja a házasságstabilitási effektust: eszerint, ha a házasság valamilyen szempontból kevésbé stabilnak tűnik, akkor a felek kevésbé fektetnek be a házastárs-specifikus humán tőkébe, így a gyermekvállalásba is. A házasfelek azonos vallása pedig a stabilizáló tényezők egyike. A szakrális szemlélet végtelen létezést ígér, ezzel szemben a deszakralizált világban felerősödik a halálfélelem, az élet meghosszabbítása lesz a legfontosabb szempont. A társadalmak elöregedése így a véges időszemlélet paradigmájának következménye. Az elöregedés az érintett társadalmak hosszútávú fennmaradását veszélyezteti, például az egészségügy és a nyugdíjrendszer várható zavarai miatt.

A harmadik nagy fejezet címe: „Természet és társadalom kapcsolata holisztikus megközelítésben”. Az első két tanulmány a Nap és a Nap-kultusz szerepével foglalkozik a társadalmak életében. A tradicionális és a modern társadalmakat hasonlítja össze, és arra a következtetésre jut, hogy a tradicionális társadalmak Nap-kultusza, de legalábbis Nap-tisztelete kedvezően hatott az ember és a természet harmonikus, és mai terminológiával élve fenntartható kapcsolódására. Utóbbira példaként említi a népszokásokat, amelyek a kimondott Nap-kultuszt követően is megmaradtak, például, hogy a sírok Kelet felé néznek. Ezzel szemben a modern társadalmakban a természet és a társadalom szétválasztása történt meg. Ennek jegyében a Nap leírása is tárgyiasult: a Nap „egy magenergiát termelő izzó gázgömb” vagy „termionukleáris erőmű”. A tradicionális társadalom ciklikus, míg a modern társadalom lineáris időszemléletű. A lineáris időszemléletben a Nap ellen védekezni kell, illetve a Nap energiáját kell felhasználni. Kedvezőbb lenne, ha a védekezés elsődlegessége helyett az életmódban figyelembe vennénk a ciklikusságot. A domináns természettudományos paradigma nem ad megfelelő választ az ember és a természet kapcsolatával foglalkozó kérdésekre, így egy holisztikus ökológiai szemléletű paradigmaváltás lehet a megoldás.

A harmadik, egyben a kötetet záró tanulmány az összefoglalásra is kísérletet tesz. Címe: „Az éghajlatváltozás hatása a társadalom életére és az

egészségügyi ellátásra.” A tanulmány első része összegyűjti, hogy a klímaváltozás és az ökológiai válság milyen kockázatokat jelent a társadalom számára, és azt is, hogy ez milyen veszélyeket jelent az egészségügyi ellátás szempontjából. A második rész azzal foglalkozik, hogy a válaszok kutatásában miért van kiemelt szerepe a szociológiának és a pszichológiának. A harmadik rész pedig ismerteti azokat a klímaparadoxonokat, amelyek megakadályozzák, hogy érdemi válaszok szülessenek, valamint, hogy milyen lehetőségek vannak a paradoxonok feloldására.

Az ökológiai válságról szólva kijelenti: egyértelmű, hogy a Földön az élővilág jövőjét veszélyeztető változások indultak el. Ezekhez a modern társadalmak növekedésorientált működése egyértelműen hozzájárult. Ezt látva megoldási javaslat született például azzal, hogy a széndioxid és más, üvegházhatású gázok kibocsátását csökkentsék, az eredmény viszont mérsékelt, a gazdasági szempontok folyamatosan háttérbe szorítják az ökológiai szempontokat. A klímaváltozás az egészségre és az egészségügyre is hatással van. Új betegségek jelentek meg, továbbá a rendkívüli időjárási események az egészségügy munkáját is akadályozzák. Emellett az egészségügy maga is kibocsátó, miközben a gyógyítás zajlik. Vannak új, vagy növekvő esetszámú betegségek, például az UV-sugárzás emelkedése miatt a bőr- és szembetegségek, új allergén növények jelennek meg, és a fertőzések gyakorisága is növekedhet. A betegstruktúra megváltozik, a betegforgalom nő.

A szociológia feladata a társadalmi okok feltárása, és a társadalomkritika. A pszichológia feladata pedig a lelki felkészülés támogatása a társadalmi változásokra. Jelenleg komoly nehézségek mutatkoznak abban, hogy az emberek szakítsanak az ökológiai szempontból káros fogyasztási szokásaikkal. Pszichológiai szempontból a változás akadályai például a távolságtartás (időben távolítja a klímaváltozás hatását az egyént) és a kognitív disszonancia: az egyén ismeri a klíma kockázatokat, de azt érzi, hogy nem tehet semmit ezek csökkentése érdekében, így a klímaváltozással kapcsolatos gondolatait igazítja a saját lehetőségeihez.

Az egészségügy terén a gyógyítás integrációs formáinak visszaállítása segíthet a válság csökkentésében. Az öngyógyítás, az önsegítés és a jótékonyági ellátás szerepe nőhet, mivel a növekvő betegforgalom az önkormányzati és állami fenntartású, intézményes ellátásra ró növekvő terheket.

Ezekre a kihívásokra a jelenlegi gazdasági és tudományos paradigma nem képes választ adni. A megoldás a holisztikus dimenzió, a transzcendens

szemlélet kialakítása. A már létező, új, fenntartható modellek: az ökofalvak, a kék gazdaság, az átalakuló városok mozgalom már ennek jegyében születtek.

A kötet szemléletesen mutatja be, hogyan jut el a kutató a viszonylagosan kis rész (a betegségi szociológia) vizsgálatától az egyre tágabb dimenzióig; az egészség szociológián, majd a környezet és az egészség kapcsolódásán át egy új tudományos és társadalmi paradigma igényéig. Az olvasó eközben azt is érzékeli, mennyivel biztonságosabbak – a kutatás terén is – a járt utak. A szociológia bevett kutatási módszereit, eszközeit alkalmazó tanulmányok érhetőbbek, könnyebben befogadhatók és inkább eleget tesznek a tudománnyal kapcsolatos elvárásainknak. A holisztikus szemlélet alkalmazása azt is megmutatja, hogy sok még a bizonytalanság; a humán tudományok (például a hermeneutika és a szociológia) együttműködésében is, és a humán- és természettudományok közös munkájában is. Ugyanakkor hitelesen támasztja alá a kötet, hogy a modern társadalmak válságai csak ezzel a paradigmaváltással lehetnek megválaszolhatók, megoldhatók, mert a jelenlegi gondolkodási struktúrákban a pillanatnyi érdekek vagy gazdasági racionalitás győz a hosszabb távú érdekeink felett.

Summary in English:

László Antal Z. Antal's "Sociology of Health in a Holistic Approach" is a volume of studies that follows nearly forty years of research. The volume is based on a detailed analysis of three major studies: the development of a holistic approach and its application, the results of various health sociology studies - pathways of illness, the social embeddedness of health care, the emergence of the gratuity - and a holistic approach to nature and society. Furthermore, the professionalisation of the sociology of health is discussed in this work, based on the author's own academic work. In addition, the volume also examines the professional question of why social interest in sociology has declined in Hungary over the past three decades. One of the key messages of the volume is how a holistic approach can contribute to a better understanding and cure of the ills of individuals and society.



Acta Medicinae et Sociologica (2024)
Vol. 15. No. 39. (193-197)

doi:
10.19055/ams.2024.11/29/10

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Rendhagyó recenzió Krémer Balázs „Valakik társadalma” című könyvéről

In memoriam Krémer Balázs (1957 – 2024)

Szoboszlai Katalin¹

¹habilitált doktor, egyetemi docens, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi és Szociális Munka Tanszék; ORCID: 0000-0001-7385-3934

szoboszlai.katalin@etk.unideb.hu

Beérkezett: 2024.10.05.

Bírálat: 2024.10.07.

Elfogadva: 2024.10.07.

Rendhagyó recenziót adok át az olvasónak Krémer Balázs „Valakik társadalma” című könyvéről. Rendhagyó abban az értelemben, hogy a megnevezett mű a szerző utolsó könyve, éppen ezért ez az írás nemcsak a könyvről, hanem a szerzőről is szól.

Krémer Balázs szociológus, oktatóként a szociológia, a szociálpolitika és a szociális munka képzésekben volt jelen. Előbb matematika – fizika szakon végzett, utána szociológus diplomát az ELTE BTK-n a nyolcvanas évek elején. Ő így írt erről: „...én felnőtt fejjel mindig szociológusnak gondoltam magam: azt írtam be foglalkozásként minden szállodai bejelentőn és akármilyen betűjelű államigazgatási átvilágítási papíron, bárhol, ahol kérdezték. És, munkám, beosztásom mindeközben lehetett akármilyen, tudományos segédmunkatárs vagy docens, magas rangú hivatalnok, szociális otthon igazgatója vagy etnikai konfliktusok enyhítője a Balkánon. Hogy ez a „szociológus”, ez mit is jelent, ez már nehezebb kérdés. Talán kevésbé a személyiségről leválasztható, elidegenült professziót (bár, azt is...), és inkább identitást, világlátást (úgy tájékozódni a világban, hogy közben mindig tudni: a dolgoknak társadalmi meghatározottságuk és jelentésük van...), életformát (az akárhol és akármikor együtt járó, beszélgetve gondolkodást), és efféléket.” (https 1)

Szakmai pályafutásának és gondolkodásának alakulásában Ferge Zsuzsát tartotta mesterének (1931-2024), akivel 1982-ben kezdett el dolgozni az MTA Szociológiai Kutatóintézetben. Innen egyenes út vezetett az egyetemi oktatói pályára, ahol elméleti, kutatási és szakértői tudását megosztotta a hallgatókkal. Oktatói munkájában közvetlen és magával ragadó stílusa miatt az abszolút kollegialitás volt jellemző az óráin éppúgy, mint a folyosói beszélgetésein, ami rendszerint folytatódott a szakma különféle területein. Ugyanez a 'beszélgetve gondolkodás' jellemezte a kollégákkal folytatott együttműködések is. Balázs az egyetemi oktatás mellett dolgozott kormányzati munkatársként, volt szociális intézmény vezető és szociálpolitikai szakértői feladatokat végzett hazai és nemzetközi szervezeteknek, konferencia előadásokat tartott és több mint százötven megjelent publikáció kapcsolódik hozzá a tudóstérben. Mindemellett a szakmai közélet aktív résztvevőjeként alapító tagja volt a Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesületnek, tagja az Esély szociálpolitikai folyóirat szerkesztőbizottságának és elnöke a Szociális Szakmai Szövetségnek két ciklusban.

Rendhagyó ez a recenzió abban az értelemben is, hogy Krémer Balázst ismerve a legkevésbé sem szeretné, ha bemutatnám a könyv egyes fejezeteit vagy kiemelném a fontosabb mondanivalókat ezzel ajánlva az olvasó figyelmébe a művet. A gondolkodás a lényeges, hogy a téma amiről beszélünk, mit indít el bennünk, hogyan formálja a beszélgetéseinket és a cselekvéseinket. Márpedig gondolkodásra készítő jelenség van bőségesen itthon és a világban! A könyv alcíme szemléletesen fejezi ki „*Az ember társadalmi jelentőségéről és annak hanyatlásáról*” szóló gondolkodást. Különösen válságok idején, amiből a kétezres évektől több is előfordult, amelyek globális és lokális hatásai a „*valakiség*” értékének csökkenésével járnak együtt.

A könyv elején, a problémafelvetés abból indul ki, hogy „*a legegyszerűbb feltételezés, hogy minden ember jelentős, minden ember számít, mindenki értékes*” (Krémer 2022: 13). Ez a kultúrtörténeti alapvetés természetesen látszik, hivatkozunk erre a humántudományokhoz tartozó tudományos-és szakmai területeken és alapelveként fogalmazzuk meg a szociális szakmákban. Ezt az evidenciát Krémer Balázs azzal a fogalommal határozza meg, hogy mindenki valaki. Szeretnénk azt hinni, hogy ez magától értetődik, azonban a társadalom nem így működik. A szelekció olykor kimondva, de többnyire kimondatlanul jelen van, ezzel az egyenlőség felbomlik, a hatalommal rendelkezők pedig ezt az eszközt felhasználják céljaik elérésére.

Krémer Balázs, egy helyen felteszi a kérdést, hogy mi az ember jelentősége a társadalom életében és a társadalmi jelenségek magyarázatában, és a válaszok kereséséhez szociológus elődjeihez fordul. Kiindulásként leszögezi, hogy nincs még egy olyan tudomány, mint a szociológia ami sokféle dimenzióval és megközelítéssel rendelkezik, és többféle nézőpontból fogalmaz meg magyarázatokat az ember és a társadalom viszonyáról. A szociológia komplex társadalomképe Wéber, Durkheim, Merton, Polányi, Szelényi és Ferge munkáiban is utolérhető, akikre Krémer Balázs nemcsak hivatkozik, hanem műveiket magyarázatul hívja a társadalom mellett az ember jelentőségének megértéséhez. Krémer Balázs állítása, hogy a társadalmon túl „*az egyes ember is számít, az egyes embernek is van társadalmi jelentősége*” (Krémer 2022:145).

Ismeretes, hogy a társadalom és a gazdaság működése, változása az egyes ember életére befolyással van. Különösen válságok idején erős a hatás. A **valakiség** megélésének redukciója szembeötlő a válságidőszakban. Példaként kiemelve az utóbbi idők pénzügyi és gazdasági válságait, amelyek hatásai a globális pénzpiacokat és a nemzetgazdaságokat egyaránt elérték, ezek az emberek életét is megváltoztatták. A válság nemcsak a hitelfelvevők egzisztenciáját érintette. A fogyasztói árak növekedésével, a munkahelyek átrendeződésével, a jövedelmek értékének csökkenésével és a társadalmi egyenlőtlenségek növekedésével a társadalom széles rétegei megélték a recessziót. Mindehhez érdemes megnézni a szegénységi adatokat, a jövedelmi egyenlőtlenségi olló szétnyílását, ahol a fent és a lent lévők társadalmi távolsága növekszik, és ahol a középen lévők leszakadása világosan látszik. Krémer részletes adatelemzéssel és ábrákkal szemlélteti és ismerteti a folyamatot. Válsághatás a társadalmi konfliktusok felerősödése a középréteghez tartozók lecsúszásának következményeként. És egyértelmű válsághatás a **valakiség** csökkenése, ami komoly veszteség az egyes embereknek és a társadalomnak. És ez a veszteség hozzájárul az emberi méltóság sérüléséhez.

Krémer Balázs a válságot nemcsak pénzügyi és gazdasági területeken elemzi, hanem kitér a szociálpolitika, a tudomány, a kommunikáció és a demokrácia válságára is. Mindezek a területek hatással vannak az ember életére, a gondolkodására és a hatalommal való kapcsolatára.

A gazdasági válság okozta károk enyhítését és a biztonságot az emberek a jóléti politikától várják. A középrétegekhez tartozók rendszerint befizetői és kevésbé élvezői a szociálpolitikának, ezért az újraelosztás állami eszközei nem alkalmasak a középrétegekhez tartozók lecsúszásának kivédésére. A technikai fejlődés, a modernizáció új változást hoz az emberek életében és foglalkoztatásában. A robotok, a mesterséges intelligencia, az online tér átrendezik a gazdasági szereplőket és a státuszokat, és mindezek hatása kiszámíthatatlan a társadalmi szerkezet és a társadalmi egyenlőtlenségek várható alakulására. Éppen ezért a jóléti politika jelenkori válsága a jövőbeni problémákat is előrevetíti.

A tudomány válsága többértű, a tudomány fejlődése annak fragmentálódását is jelenti. A kutatások és eredmények részekre bontása szűkíti azok körét, akik ismerik, értik és felhasználják mindazokat az eredményeket, amelyeket előállítottak. A tudomány „projektbe” szervezése növeli a tudományterületek és kutatási témák közötti egyenlőtlenségeket, hiszen amire pénzt lehet pályázni és nyerni, azok a kutatási témák kapnak prioritást. Másfelől, a publikációk megjelenésének modellje tovább mélyíti a válságot. A nemzetközi publikációs platformok üzleti modelljének egyértelmű nyertesei a kiadók és azoknak kedvez, akiknek van forrásuk kutatásra és az eredmények publikálására. Így értékek tűnhetnek el és kevésbé értékesek is láthatóvá válhatnak, ha van pénz az előállításukra.

A kommunikáció válsága a manipuláció tömeges alkalmazásával erősödött fel. Az emberek manipulálása az offline és online térben egyaránt működik. Politikai és gazdasági szereplők 'big data' adatokból nyert információkkal az emberek gondolataira és érzelmeire hatnak, termékeiket és üzeneteiket a közösségi médiába beágyazva juttatják el a célközönséghez tartozóknak. Tévhitek, álhírek, valótlanosságok tényszerűnek és szakszerűnek való beállítása a kommunikáció hitelességét és az emberek bizalmát rendíti meg.

A populizmus előretörése a demokrácia válságát jelenti. Az emberek kiábrándulása a hagyományos politikai pártoktól magával hozza a keresletet új politikai erők irányába. A populista nézetek és ígéretek a korábban radikális politikai (szélsőjobb, szélsőbal) elveket valló pártoktól érkeznek a választókhoz és népszerűségük látványos. Ugyancsak válságént fogalmazható meg a nem tiszta demokratikus működés, ami a liberális elveket átformálva az

illiberális irányt képviseli. A politika válsága megmutatkozik az emberekhez való hozzáállásban is. Kevésbé az ember, jobban a szavazata számít!

A recenzió elején tett ígéretemhez híven nem részleteztem a könyv egyes fejezeteit, csupán összerendeztem azokat a gondolatokat a teljesség igénye nélkül, amelyek a **valakiség** értelmezését, valamint emberi és társadalmi veszteségeit veszik sorra. Krémer Balázs könyvének borítóképére hívom még fel a figyelmet. A fotó 1932 október 2-án készült a Rockefeller Center építésekor New Yorkban (<https://20szazadhangja.tk.hun-ren.hu/szakmatortenet/kremer-balazs>). A képen 8 munkás ebédel egy acélgerendán, a munkások között vannak bevándorlók és amerikaiak. A gazdasági világválság idején készült kép a munkások ebédszünetét örökíti meg. Ők, ott azon a gerendán, a világ tetején igazán valakik. Mindannyiunknak ezt kellene megélni és érezni, hiszen mindannyian értékesek vagyunk.

Forrásjegyzék

Krémer Balázs: A valakik társadalma. Az ember társadalmi jelentőségéről és annak hanyatlásáról. Napvilág Kiadó, Budapest, 2022.

Internetes forrás

1. 20. század hangja, Szakmatörténeti gyűjtemény, Krémer Balázs <https://20szazadhangja.tk.hun-ren.hu/szakmatortenet/kremer-balazs>
2. Karen Hudes and The Center Magazine Staff : The History of the ‘Lunch Atop a Skyscraper’ Photo at Rockefeller Center, 2023 Link: <https://www.rockefellercenter.com/magazine/arts-culture/lunch-atop-skyscraper-irish-immigrants/>