



MULTIDISZCIPLINÁRIS
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT

2024. 2. évfolyam 4. szám



TARTALOM

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

A Lalonde-jelentés 50. évfordulója	1
--	---

INTERJÚK

Megelőzés a házi orvosoknál – Beszélgetés Dr. Vajer Péterrel	3
--	---

VIZSGÁLATOK

IBS betegek mentális és fizikai tüneteinek befolyásolása vezetett imaginációs technikával.....	11
--	----

JUNIOR KUTATÓK

A 2023-as „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségedukációs program digitális egészségüggyel kapcsolatos szervezési szempontjai és működési tapasztalatai	25
--	----

Hajléktalan személyek egészségi állapotának jellemzői egy kevert módszertannal készített kutatás alapján	42
--	----

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Autista gyermekek házi orvosi ellátásának gyakorlata	52
--	----

Cikkismertetés: Nemzeti és nemzetközi szoptatási stratégiák tanulságai	56
--	----

Cikkismertetés: A felzárkózás kudarca	59
---	----

Cikkismertetés: Meg kellene értenünk, hogy az egyénekre irányuló információátadás hatása miért csekély, és hogyan tudunk rendszerszinten beavatkozni	63
--	----

Könyvismertetés: Új adatok a magyar serdülők életmódjáról és egészségéről	69
---	----

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Rendszerszemlélet alkalmazása hátrányos helyzetű serdülők egészségfejlesztését célzó, részvételi akciókutatásban	73
--	----

SZAKMAI HÍREK

HelpApp – egy digitális alkalmazás mely kezedbe adja a segítséget, hogy felismerd, elkerüld és kezeld az erőszakos helyzeteket	107
--	-----

Megjelent a Veled az úton kártyacsomag – mentális támogatás onkológiai pácienseknek.....	109
--	-----

Rövid hírek a nagyvilágból	111
----------------------------------	-----

Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei	114
--	-----

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

A Lalonde-jelentés 50. évfordulója

50th anniversary of the Lalonde report

1974-ben Marc Lalonde, a kanadai egészségügyi és jóléti miniszter közzétette a „[New Perspectives on the Health of Canadians](#)” című dokumentumot, amely a „Lalonde-jelentés” néven vált ismertté. A jelentés átalakító hatással volt arra, ahogyan a világ az egészségről gondolkodik, ugyanis a szerzők felhívták a figyelmet arra, hogy a biológiai okok és az egészségügyi ellátórendszer mellett az életmódnak és a környezetnek is döntő szerepe van az egészség megromlásában és helyreállításában. A jelentés azóta is az egészségfejlesztés egyik alapdokumentuma.

A Lalonde-jelentés 50. évfordulója alkalmából a MEJ társszervezőként, más szervezetekkel együtt 2024. november 22-én sikerrel rendezte meg az „EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS HOLNAPUTÁN: RENDSZERSEZMLÉLET, PARTICIPÁCIÓ, EGYÜTTMŰKÖDÉS” című konferenciáját. Az egynapos konferencia programja [itt](#), az elhangzott előadások összefoglalói [itt](#) érhetők el. A folyóirat képviselőjében főszerkesztőnk, Vitrai József „[Konceptió a 21. századi magyar népegészségügy megújítására: Lalonde megközelítésének újragondolása](#)” címmel tartott plenáris előadást.

Örömmel látjuk, hogy podcast beszélgetéseink iránt nagy az érdeklődés. Az aktuális lapszámban Dr. Vajer Péter háziorvossal történt interjú leirata olvasható,

a beszélgetés meghallgatható a MEJ [youtube csatornáján](#). Szívesen vesszük olvasóink ötleteit a további podcast beszélgetésekhez, küldje el témára vagy szakértőre vonatkozó javaslatát a szerkesztőség [e-mail](#) címére.

»[Felhívásunkra](#)« egyre több kézirat érkezik a „Junior kutatók” rovatba. Ebben a lapszámban két közlemény olvasható, az „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségedukációs programról és egy, a hajléktalanok egészségi állapotát vizsgáló kutatásról. Bízunk benne, hogy ezzel a lehetőséggel is támogatni tudjuk a hallgatók tudományos pályáját és egyre több fiatalat köszönthetünk lapunk rendszeres szerzői között.

Legyen a szerzőnk, ismertessen nemzetközi lapokban publikált közleményeket! Folyamatosan frissítjük az ismertetésre ajánlott közlemények listáját. További információ a felhívás oldalán: »[Legyen a szerzőnk](#)«

A MEJ első számának megjelenése óta – 7 lapszám, több mint 100 cikk – a közlemények absztraktjait közel 15 000-szer nyitották meg olvasásra, a cikkeket már mintegy 9 700 alkalommal töltötték le. (1. ábra) A legnépszerűbb öt cikk az absztraktok megtekintése, illetve teljes cikkek letöltése alapján az 1. táblázatban látható.

1. ábra: Fontos adatok a lapról a 2023. 1. lapszám megjelenése óta eltelt időszakban (Forrás: Open Journal System)

14 781	Absztrakt elolvasások száma
9664	Cikk letöltések száma
66	Kéziratok elfogadásáig eltel napok átlagos száma
85,12%	Elfogadási arány

1. táblázat: TOP 5 rangsor az absztrakt megtekintések és a teljes cikkek letöltése alapján (Forrás: Open Journal System)

Absztrakt megtekintések TOP 5:		
1	Interjú Dr. Kósa Istvánnal a krónikus betegek életmódrendezéséről	429
2	A mesterséges intelligencia lehetséges alkalmazása az egyetemi jólét fejlesztésében	392
3	Elemezd a szakirodalmat szövegbányászattal! Példák a gyermekkori túlsúly és elhízás témakörében	370
4	Cikkismertetés: A gyermek- és serdülőkori elhízás kezelése	344
5	Vizuális kivonat: Alapvető Népegészségügyi Feladatok megújított listája	339
Teljes cikk letöltések TOP 5:		
1	Szakdokumentum: Halálozás Magyarországon 2023	530
2	Az otthoni hospice ellátás magyarországi egyenlőtlenségei – adminisztratív adatok feltáró elemzésének első járási szintű eredményei	363
3	Cloninger bio-pszicho-szociális személyiség- modelljének dimenziói, mint közvetítők a szülői nevelési bánásmód és szerhasználat között	272
4	Interjú Mihók Barbara ökológus, mentálhigiénés szakemberrel	233
5	Elemezd a szakirodalmat szövegbányászattal! Példák a gyermekkori túlsúly és elhízás témakörében	226

Támogassa lapunkat! Eseti felajánlását is nagyra értékeljük, de külön köszönjük, ha rendszeres támogatóként segíti munkánkat. Az adományokat a folyóirat-megjelentetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működésének biztosítására és tartalmaink minél szélesebb körű megismertetésére fordítjuk. A felajánlásokat kiadónk, a [Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület](#) bankszámla-

számán fogadjuk: 10400188-50526980-53531004. Közleményként, kérjük, írja be: "MEJ támogatása".

Kövessen [facebook](#) és [LinkedIN](#) oldalunkat, adjon nekünk visszajelzést hozzászólásokkal, megosztásokkal, illetve lapozza át újra a [korábbi lapszámokat](#)!

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

INTERJÚK

Megelőzés a háziorvosoknál – Beszélgetés Dr. Vajer Péterrel

Prevention at GPs – Interview with Dr. Péter Vajer

Doi: [10.58701/mej.17631](https://doi.org/10.58701/mej.17631)

Kulcsszavak: megelőzés; háziorvos; praxisközösség
Keywords: prevention, GP, general practice partnership

A MEJ célja, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítse az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb, teljesebb kép kialakítását. Ehhez a tudományos közlemények mellett egy új formát is választottunk: interjúkat készítünk néhány olyan kiemelkedő hazai szakemberrel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jólléthez.

Az interjút Vitrai József, a MEJ alapító főszerkesztője készítette 2024. november 18-án.¹

Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm Dr. Vajer Pétert, aki vállalkozott arra, hogy a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét folyóirat számára egy beszélgetésben részt vesz, aminek a témája tulajdonképpen az, hogy a háziorvosok, az alapellátás milyen módon tud hozzájárulni a népegészségügy feladataihoz, főképpen a megelőzésben. Mielőtt a beszélgetésben

ezt a témát elkezdenénk boncolgatni, megkérlek Péter, hogy röviden mutakozz be az olvasóknak és hallgatóknak.

Vajer Péter (V. P.): Sok szeretettel köszöntök mindenkit, és nagyon köszönöm, hogy lehetőséget adsz arra, hogy erről a témáról beszélgessünk ma. Röviden magamról: 2003-ban szereztem háziorvostanból szakvizsgát, 2006 óta dolgozom háziorvosi praxisban, de az egyetem elvégzése után rögtön a Családorvosi Tanszékén kezdtem el dolgozni. Így nem csak hogy lehetőséget, hanem kötelességem is volt bekapcsolódni mind kutatásba, mind az oktatásba. Ez a mai napig része az életemnek, és valahogy mindig úgy alakultak a kutatási témák, hogy azok a népegészségügygel kapcsolatba hozhatók voltak. A tudományos fokozatomat a dohányzásról való leszokástámogatás témaköréből írtam, ami talán az egyik legfontosabb beavatkozás, amit tehetünk a betegségek megelőzése érdekében. Több nagy hazai projektben vehettem részt akár háziorvosként, akár valamilyen szakmai koordinátorként vagy vezetőként, amiben kimondottan népegészségügyi célú feladatok kidolgozása és megvalósítása zajlott

¹ A szöveg a MEJ [Facebook oldalán](#) és [Youtube csatornáján](#) meghallgatható interjú szerkesztett változata.

háziiorvosi praxisokban. Ilyen volt az „Alapellátási Program”, ami svájci programként híresült el Magyarországon, illetve a „Három generációval az egészségért program”, ami talán a legfrissebb ilyen kormányzati forrásból támogatott program volt. Ma szerencsém van a Kardiovaszkuláris Intézetben, a GOKVI-ban (Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet – a szerk.) is dolgozni, ahol prevenciós és módszertani osztályt vezetek. Itt mi nagyon aktívak vagyunk szűrőbuszos programok szervezésében, ami elsősorban a hátrányos helyzetű településeken élők szív- és érrendszeri kockázatait, de egyéb kockázatait is próbálják beazonosítani, és picit terelni az ott lakókat a változtatás irányába.

V. J.: Köszönöm szépen, akkor vágjunk is bele! Az első kérdésem az lenne, hogy látod, jelenleg mit tudnak a háziorvosok tenni a megelőzés érdekében.

V. P.: Érdekes talán kettéválasztani, hogy mi az, ami elvárt, és mi az, amit egyébként tenni lehet. És talán van még egy harmadik, az, amit teszünk a napi gyakorlatban. Amennyire én tudom, mindig vannak aktuálisan érvényes népegészségügyi programok – bár néha van olyan időszak, amikor ilyen még csak nincs is, legalábbis ahogy én látom az elmúlt 20–30 évet, – de valahogy az a része elmarad, hogy ezeket napi tevékenységgé és támogatott tevékenységgé fordítsa át az éppen aktuális egészségügyi kormányzat, pedig ez egy nagyon kíváncsi dolog lenne.

Azt hiszem, hogy most is pont egy ilyen időszakban vagyunk, amikor létezik valamifajta elképzelés arról, hogy milyen népegészségügyi programnak kellene működnie Magyarországon, de valójában konkrét feladatokká ez nem fordul át, legalábbis ami az alapellátás területét illeti.

Ez probléma, hiszen a lakosság – különböző felmérések eltérő eredményt mutatnak – nagyjából 70%-a megfordul egy év alatt a háziiorvosi praxisokban, tehát óriási a mi találkozás számunk nem csak a beteg emberekkel, hanem olyanokkal is, akik egyébként nem betegek, hanem valamilyen ügyet intéznek nálunk. Ennek a részleteibe szerintem nem érdemes belemerülni, de nagyon sok a kontaktus helyzet, ami jól használható lenne akár egészségnevelésre, vagy éppen primer vagy szekunder prevenciós tevékenységek elvégzésére. Ami ezen a területen jogszabályalkotásban történt az 2021-hez köthető, amikor a praxisközösségek jogszabályi háttere megjelent, hogyan kell, vagy lehet praxisközösséget alakítani Magyarországon. Akkor jelent meg ezzel egy időben a prevenciós rendelésre vonatkozó szabályozás, ami arra hívja fel az ügynevezett szoros praxisközösségben működőket, hogy hetente bizonyos óraszámban ügynevezett prevenciós rendeltetést kell biztosítaniuk a felnőtteket ellátó praxisokban. Azt nem említettem, hogy én most a felnőtt háziiorvosokról beszélek, a gyermek praxisokban a prevenció egy picit másként zajlik, ott vannak nagyon fontos tevékenységek, például a védőoltási program, ami kimondottan egy primer prevenciós aktivitás. A felnőtt praxisokra vonatkozóan is ilyen módon megjelent a prevenciós rendelések kötelezettsége, ami arra szolgál, hogy előre egyeztetett időpontban az erre nyitott páciensekkel vagy kliensekkel – nincs igazán jó szó a nem beteg betege Magyarországon – ott történjen valami. Ezen kívül megjelent egy irányelv is, ami azokat a tevékenységeket sorolja fel, ami mögött van tudományos bizonyíték arra, hogy értelmes, és prevenciós rendelésen jó lenne végrehajtani.

V. J.: Pár példát mondanál erre?

V. P.: Például – most akkor kicsit hazabeszélve – a dohányzásról leszokás támogatása, a minimál intervenció az egy helyes dolog. Vagy az, hogy rendszeresen mérjünk vérnyomást, hogy bizonyos életkor fölött, mondjuk 50 év felett küldjük el a beteget urológiai – mármint a férfiakat – vizsgálatra, és így tovább. Ezeknek a tevékenységeknek egy része egy korábbi rendeletben is benne van, az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat felsoroló rendeletben, ahol nincs mögötte a tudományos bizonyítékok listája, egyszerűen csak egy taxatív felsorolás arról, hogy miket kell csinálni milyen életkori csoportban. Az irányelv talán annyiból volt több, hogy konkrétan a bizonyítékokat is felsorolja, illetve azoknak az erősségét is megmutatja. Így egy picit talán a szakmai meggyőződésünket erősítheti abban, hogy ezek értelmes tevékenységek. Arra vonatkozóan nincsen adatunk, hogy hányan vesznek részt prevenciós rendelésen, és mi történik ezeken a prevenciós rendeléseken.

V. J.: Ezt nem kell jelenteni nektek a prevenciós rendelésről?

V. P.: Nem, annyi volt az elvárás, hogy a működési engedélyünkben meg kellett jeleníteni, hogy mikor vannak a prevenciós rendelések időpontjai, de nincs egy szisztematikus adatgyűjtés ezek méréséből. Az szerintem egy probléma Magyarországon hosszú ideje, hogy elkezdünk valamilyen elmozdulást egy jó irányba, akár szakmailag helyes irányba, de nem szoktuk megmérni, hogy ezek hova visznek, hányan csinálják, van-e hosszútávú egészségnyeresége. Ezt neked talán nem kell részleteznem, számos ilyen jelentést készítettél, amikhez szerintem adatokat találni nagyon nehéz lehetett.

V. J.: Említetted, hogy ezek a prevenciós rendelések a praxisközösségekre vonatkozóan kötelezőek. Az első kérdésem az,

hogy hány háziorvos dolgozik praxisközösségben. Van-e valamilyen becslés?

V. P.: Az általam ismert utolsó adat az 3500 körüli praxisról szól.

V. J.: Ez durván a fele, ugye?

V. P.: Ez több, mint a fele. Nagyjából 6200 körzet van Magyarországon, ma nagyjából 1000 olyan körzet érintett, ahol nincs állandó háziorvos. Ha ezeket nem számítjuk, akkor a praxisok száma csak 5200 környékén van, tehát ebből a 3500 azért az elég magas szám.

V. J.: Akkor akik nem dolgoznak praxisközösségben, azokra vonatkozóan nincs olyan elvárás, hogy prevenciós rendelést vagy prevenciós tevékenységet végezzenek, azon kívül, hogy kötelező szűréseket kéne végrehajtani, ugye?

V. P.: Ha levezetjük a magasabb rendű jogszabályok felől, akkor alapvetően mindkinek kötelező prevencióban aktívnak lennie, szóval ez nem kérdés. Hiszen, ha a háziorvosok tevékenységéről szóló 4/2000-as egészségügyi miniszteri rendeletet elolvassuk, akkor benne van, hogy a prevenció fontos feladata a háziorvosnak. Még az egészségtervezés is szerepel benne, mint kifejezés, ami talán 2015 óta került be így a szóhasználatba. Tehát ezek létező fogalmak, és ezek olyan rendeletek, amik mindenkire vonatkoznak, akik háziorvosi tevékenységet végeznek. Csak ha azt mondom valakinek, hogy csinálj prevenciót, ezzel nem mondasz semmit. Azt kell neki mondani, hogy ha bejön egy ilyen és ilyen ember, akkor vele ezt és ezt kell tenni. Vagy meg kell határozni, hogy ebbe a korcsoportba tartozókkal ezt kell csinálni, ilyen gyakran, ha találsz valamilyen eltérést, akkor mit kell tenni. Az lenne a szerencsés, ha ez így működne.

V. J.: A korcsoportokra megállapított szűrési feladatok a valóságban úgy zajlanak le, hogy a háziorvos behívja az adott korcsoportba tartozó, mondjuk 50 év feletti férfit azért, hogy utána meg tudja neki mondani, hogy milyen feladatai lennének, hova kéne elmennie? Tehát van arra gyakorlat, hogy a háziorvos behív egy lakost anélkül, hogy bármilyen problémával önként jelentkezne?

V. P.: Ha arra gondolsz, hogy szervezett módon, időről időre valamilyen formában megkeresnénk az adott korcsoportba tartozókat, azt hiszem, hogy ez nem valósul meg. Ez inkább egy opportunista módon történő aktivitás. Tehát ha valaki már ott van a rendelőben, mondjuk egy gépjármű vezetői alkalmassági vizsgálat-hoz kapcsolódóan, akkor több mindenről lehet beszélni, több mindent fel lehet vetni, és be lehet őt vonni. Elvben a prevenciós rendelés adna alkalmat arra, hogy szisztematikusan elkezdjük feldolgozni egy praxis betegkörét.

V. J.: Ennek a gyakorlati megvalósításához az adott személyek elérhetőségét is ismerned kellene, mint háziorvosnak.

V. P.: Amikor a betegek bejelentkeznek egy praxisba, ott történik adatrögzítés, aminek része a telefonszám, lakcím, elérhetőség egyeztetése.

V. J.: Telefonszám vagy e-mail cím is?

V. P.: Ha hozzájárul és megadja akkor igen, ezt fel lehet venni. De ezek olyan dolgok, amik – mindannyian tudjuk a saját életünkben is – változnak.

V. J.: Felvázoltad, hogy mik a jelenlegi viszonyok. A saját ismereteid alapján – mondtad, hogy kutatással is foglalkozol, tehát nyilván nem csak a gyakorlati tapasztalatok állnak rendelkezésedre – milyen módon lehetne bővíteni, vagy

javítani ezt a megelőzésre irányuló tevékenységet a háziorvosok körében?

V. P.: Egyrészt, a körülményekhez hozzátartozik, hogy viszonylag sok praxisban nincs állandó háziorvos, hanem valamilyen helyettesítés útján oldják meg a rendelőt. A másik fontos körülmény, amiről beszélni kell, hogy az átlagéletkor már 60 környékén van, ami a háziorvosokat illeti. Ezzel semmi olyat nem szeretnék mondani, hogy aki efölött az átlag fölötti életkorú, az kevésbé lenne elkötelezett a prevenció mellett, mint a fiatalabbak, de nyilván kevésbé motiválható már egy nyugdíjhoz közeledő kolléga, mint aki most lép ki a porondra, és meg akarja váltani a világot. Tehát önmagában ez a helyzet vélhetően nem segíti a prevenciós aktivitás sikerességét. Amiben korábban is gondolkodott a szakma, az az, hogy a mi – orvosok – képesítésünk, a tanulmányaink elsősorban a gyógyításra készítettek fel. Ezért biztosan szükség lenne arra, hogy az ismereteket bővítsük és az attitűdünkön is változtassunk. Azt elhinni, hogy ha én mondok egy jó mondatot egy betegnek, hogy kérem önnek érdemes lenne a súlyával kezdeni valamit, mert ennek nagyon pozitív hatása lenne a mozgására, a daganatos betegségek megelőzésére, a cukorbetegség kialakulásának a megelőzésére és így tovább, tehát hogy egy-egy ilyen mondatnak van értelme, ezt nem mindenki hiszi el. Miközben bizonyított, hogy az ilyen jellegű mondatok lehet, hogy nem azonnal, de később akár működhetnek is. Tehát egyrészt fontos az ismeretbővítés, az attitűd, és magának a háziorvosi rendszer működésének a megváltoztatása is nagyon fontos lenne. Ebbe beletartoznak az infrastrukturális körülmények, de ugyanúgy a humán erőforrás jelenlegi helyzete. Nyilván nem tudunk fiatalabbak lenni, de az, hogy akár praxisközösségi szinten megjelenjen mellettünk egy jól képzett szakdolgozó, akár egy MSC ápoló, aki

kimondottan a prevenciós aktivitás szakértője, az biztos, hogy nagyon sokat jelentene a prevenció szempontjából.

Szerintem az nem feltétlenül reális, hogy a háziorvosokból jó prevenciós egészségügyi szakember lesz.

V. J.: Nagyon érdekes kérdés, amit most felvehetsz.

V. P.: Igen, mert minket nem erre tanítanak.

V. J.: Igen, nem erre vagytok kiképezve.

V. P.: Nekünk akkor kapcsol be, hogy csinálni kell valamit, ha megjelenik egy betegség. Miközben persze mindannyian úgy gondoljuk, hogy a legjobb megelőzni a betegségeket. Az egyik opció az, hogy már az egyetem alatt, a rezidens képzés, a szakképzés során nagyobb hangsúlyt kap a prevenció, és hogy ezen a területen milyen technikák alkalmazhatók. Hosszabb távon ez biztos, hogy egy jó irány lenne. A másik lehetőség az, hogy ott vannak velünk olyanok, akiknek tényleg ez a szakmája. Mi adjuk a patientúrát, mi adjuk azt a fajta szakmai támogatást, hogy ha fény derül valamilyen megoldandó ügyre, akkor ott vagyunk és segítünk. Tehát maga a praxisközösség befogad egy ilyen szakembert és lehetőséget ad neki. Szerintem ez egy reálisabb út, és úgy tűnt a korábbi projektekből – akármelyiket nézhetjük az elmúlt egy-másfél évtizedből –, hogy ez egy működőképes modell lenne. De nyilván kell az, hogy legyen egy értelmes cél, egy jó szakmai program, megfelelő pénzügyi háttér, mert különben nem fog működni.

V. J.: Érdemes lenne pontosítani, hogy milyen prevencióról beszélsz. Nyilván az elsődleges prevenció az, amire itt gondolsz, hogy ahhoz megelőzési szakember kellene. Az orvosok felkészítése pedig

inkább a szekunder, vagy az a fölötti prevencióra vonatkozik, mert a szekunder vagy tercier megelőzésben az orvosok szerepe nyilvánvalóan elsődleges. Egy kicsit ez át is visz arra, hogy amire az alapellátási programban népegészségügyi koordinátort alkalmaztak, az főképpen az elsődleges megelőzés volt. De manapság egyre inkább előtérbe kerül az is, hogy a krónikus betegek másodlagos, harmadlagos megelőzésében a háziorvosoknak is nagyon nagy szerepe lenne, talán ez nem annyira közismert manapság. Tehát erről az újabb irányról mondhatnál valamit. Háziorvosként mi az, amit tudsz tenni, vagy mit kellene tenni a krónikus betegek ellátásában?

V. P.: Én azt gondolom, hogy itt is ugyanúgy lenne helye további szakembereknek. A praxisközösségek kialakítása ebben a pillanatban egy megrekedt folyamat, nem sikerült még befejeznünk. Ugyanis arról van szó, hogy mi praxisközösségbe rendeződtünk, mondjuk 5-10 háziorvos azt mondtuk, hogy mi alkotunk egy praxisközösséget. De valójában, amit korábban végig gondoltunk, kipróbáltunk különböző projekteken, az nem arról szólt, hogy ebben a praxisközösségben csak háziorvosok és egészségügyi szakdolgozók vannak, és akik mellettünk dolgoznak, a körzeti közösségi ápolók. Nem csak ezek a csapat tagjai, nagyon sok egyéb szereplő is felmerült. Akár olyan, aki a fizikai aktivitás területén szakértő, a táplálástudomány, vagy éppen a lelki problémák szakértője. Valahol ebbe az irányba kellene továbblépni, mert nekik abban, amiről most beszélni szeretnénk – amikor már van egy krónikus nem fertőző betegség, és ott szeretnénk akár az állapotromlást megelőzni, vagy újabb egyéb társbetegségek megjelenését megelőzni –, ott óriási szerepük van. Hiszen ezek a kórképek mind olyanok, amiknek a kialakulásában és az állapot romlásában az életmódnak döntő szerepe van. Mi ahhoz nagyon jól

értünk, hogy milyen gyógyszert választunk, azt milyen dózisban szedje a beteg, milyen gyakran és milyen egyéb paramétereket kell kontrollálni, de abban, hogy milyen tanácsot adjunk, hogy egy év alatt a páciens 10-12 kilót csökkentse a testsúlyát, itt már nálunk megáll a tudomány. Most éppen egy ezzel kapcsolatos projektet csinálunk, ahol kiscsoportos interaktív képzést tartunk testsúlycsökkentés témakörben, és nagyon érdekes tapasztalataim vannak arról, hogy a kollégák egy része úgy véli, hogy az elhízás egy esztétikai probléma, és nem krónikus betegség. Nagyon furcsa, hogy így a 21. század első felében az nem teljesen egyértelmű, hogy az elhízás az egy betegség, illetve, hogy mennyien úgy gondolják, hogy ez egyszerűen azon múlik, hogy a betegnek kevesebbet kéne ennie, és többet mozognia, és akkor minden rendben lenne. Hogy csak ennyit kell mondani a betegnek. Oda szeretnék kilyukadni, hogy miközben nekünk is változni kell, többet kell tudni ezekről a dolgokról, az attitűdünket is meg kell változtatni.

Ha be tudnánk fejezni azt a folyamatot, amit elkezdtünk, hogy olyan praxisközösségek jöjjenek létre, ahol a betegeket segítő egyéb szakmák is megjelennek, és ők egy csapatban, megfelelő finanszírozás mellett tudnak dolgozni, azt gondolom, az lenne egy igazi népegészségügyi program.

Enélkül nem fog menni. Ha az az irány van, hogy egyre kevesebb a háziorvos a területen, és egyre több az idős, multimorbid beteg, akkor nem jön ki a matek, hogy több időt fogunk tölteni prevencióval.

V. J.: Amit mondasz, az ha nem is a praxisközösségekre, de az Egészségfejlesztési Irodákra (EFI) vonatkozóan már felmerült. Amikor elindultak az Egészségfejlesztési Irodák, akkor az volt a koncepció,

hogy a háziorvossal szorosan együttműködnek, és ők nyújtják a másodlagos megelőzéshez szükséges szolgáltatásokat. Te hogy látod, ez hogyan alakult? Gondolom, hogy vannak erre vonatkozóan neked is tapasztalataid. Mi az, ami miatt ez az együttműködés nem fejlődött ide, mi lehet ennek az akadálya?

V. P.: Az egyik gond szerintem már a legelején kódolva volt. Amikor az Egészségfejlesztési Irodák több lépcsőben, EU-s pályázatból létrejöttek, akkor a legelején megengedte azt a rendszer, hogy nagyon sokféle tulajdonosi kör is pályázhasson. Gyakorlatilag az önkormányzati társulásoktól kezdve a fekvőbeteg intézményeken keresztül, ha jól emlékszem ötféle tulajdonosi kategória volt, aki beadhatta a pályázatot. Ma ott tartunk azt hiszem, 110 EFI van az országban, nagyjából ennyi jött létre. Ez azért probléma szerintem, mert ha még a szakmai irányítás egységes is lenne, akkor is nehézséget okoz az, hogy a fenntartói kör ennyire diverz. A másik gond az, hogy az EFI-k jogállása a mai napig nem rendezett ügy, legalábbis tudomásom szerint, tehát nem tisztázott, hogy az EFI valójában egészségügyi intézmény, vagy sem. Amikor például megvalósítanak egy csoportos testsúlycsökkentő programot, vagy leszokás támogatást, akkor az egészségügyi intervenció vagy sem? Mert ha az, és ha az EFI egészségügyi szolgáltató, akkor a NEAK elvben finanszírozhatná ezeket a tevékenységeket. Amennyire én tudom, ez ma nem egy NEAK finanszírozott feladat, hanem bizonyos időközönként – és általában inkább a tárgyév második felében – kapnak valamilyen központi forrást a működésükre. Egy időben az sem volt teljesen világos, hogy ki határozza meg a feladatukat. Az Államtitkárság Egészségpolitikai vagy Népegészségügyi Főosztálya jelöli ki, hogy mi az adott évben a prioritás vagy éppen a most már NNGYK-nak nevezett – akkoriban talán OTH volt – intézmény adja a

feladatot. Egy időben az AEEK, most már OKFŐ-ként próbált ebbe a folyamatba úgy beavatkozni, hogy ő próbálta irányítani a feladatokat. Szerintem nagyon fontos lenne, hogy tisztázódjon, ki az, aki szakmailag legalább a főbb irányokat megmondja. Például, hogy 2025 az elhízás éve, és akkor erre próbáljatok minél több aktivitást megvalósítani a területeteken. Most csak mondtam egy példát, de szerintem ez egy üdvös dolog lenne. Tehát van egy ilyen gond a háttérben, a másik pedig a fenntartás. Minimum két embert kell foglalkoztatni, ez a szabály. Két ember az nagyon kevés azt gondolom.

V. J.: Amit felsoroltál, az tulajdonképpen az EFI-k problémahalmazza. Amire én kérdeztem az az, hogy a háziorvos és az EFI közötti munkakapcsolat vajon miért nem valósult meg? Te is azt tartanád megfelelőnek, ha az EFI-ben elérhető szolgáltatások – például az elhízás éve kapcsán fizikai aktivitást elősegítő programok – lennének elérhetőek a háziorvosi páciéntúra számára, azoknak, akiknek szükségük lenne erre?

V. P.: Azt hiszem, hogy erre egymondatos választ nem lehet adni azért, mert nagyon különbözhet a gyakorlat a különböző területeken Magyarországon. Ahol van kommunikáció az EFI és a háziorvosok között, ott vélhetően ez sokkal jobban működik, mint ahol ezt nem sikerült kiépíteni. Most egy kicsit másként fogalmazom meg azt, amit az előbb elmondtam. Picit nekem úgy tűnik, hogy oda-dobtuk a gyeplőt a lovak közé, és mindenki azt csinál, amit akar.

V. J.: Tehát például a háziorvos nem tud „rendelni egy mozgás receptet” úgy, hogy azt az EFI-ben tudja teljesíteni valaki, mert ennek a feltételei nem jöttek létre? Így érted?

V. P.: Igen, így értem, illetve lehet, hogy az egyik járásban ez működik, de a másokban meg nem. Tehát nincs egy egyenszilárd-ságú szolgáltatási lista, egy rendszer, amire tudok építkezni. A legtöbb esetben, amikor voltak ilyen területen uniós projektek, mindig elvárás volt, hogy az EFI-vel együttműködésben kell megcsinálni a programot. Ezt a „Három generációval az egészségért programban” is leírtuk, tehát mindenki próbálta erősíteni, hogy a háziorvos és az EFI között működjön ez a kapcsolat. Csak szerintem most már lassan mindenkinek meg kellene érteni, hogy nem lehet projektről projektre működtetni az egészségügyet. Ha egyszer azt láttuk, hogy valami jó, vagy kíváncsú, akkor próbáljuk azt megerősíteni, és stabilá tenni a rendszerben, mert akkor elképzelhető, hogy működni fog. De arra várni, hogy majd a következő projekt megint hoz valami kis pénzt, és akkor majd lesz valami, erre népegészségügyi programot alapozni szerintem nem reális.

V. J.: Már fel is vezetted az utolsó témát, amiről beszélünk kellene. A háziorvos szemszögéből milyen feltételeknek kellene megvalósulniuk, teljesülniük ahhoz, hogy sokkal hatékonyabban tudjon megelőzési szolgáltatásokat nyújtani? Te hogy látod, mi az a három dolog, amin a legfontosabb lenne változtatni ahhoz, hogy a háziorvosok sokkal többet tudjanak tenni a betegekért a megelőzés területén?

V. P.: Az elsőt én mindenképpen az ismeret és készségfejlesztésben látom, tehát ez az egyik dolog. A másik, ami nagyon fontos, talán az általam elmondottakból már kiderült és szerintem egy alapvető dolog, hogy határozzuk meg, hova szeretnénk eljutni, milyen terv, események, végrehajtandó feladatok mentén. A „Három generációval az egészségért programban” maguknak a praxisközös-

ségeknek kellett a saját területükön élők szükségleteihez igazodóan kialakítani egy ilyen tervet, mert ez ugye különbözhet az ország más-más pontjain. Nem biztos, hogy ugyanazt kell csinálni a 12. kerületben, mint például Somogy megyében egy zsákfaluban. Ez lenne a második. Még egy olyan finanszírozási rendszert is ki kellene alakítani, ami motiváló mind a két oldalon. Nem csak az ellátók, a praxisközösség, a benne dolgozó háziorvos és az ott dolgozó szakemberek oldalán, hanem az érintettek oldalán is. Erre vonatkozóan is vannak elképzelések.

V. J.: A betegekre gondolsz, ugye?

V. P.: Igen. Egy egyszerű példa, ha nem csinál szakszolgálatot, akkor a kötelező évről évre kedvezőbb, tehát lehetne ösztönözni. Ez biztos, hogy nem egy egyszerű dolog, de el tudom képzelni, hogy lehetne ilyen ösztönzőket találni. Nézzük meg, mindenki rohan visszaváltani a műanyag palackokat, pedig csak 50 forintot kap. Azt az 50 forintot, amit amúgy kifizetett, de mégis tömött sorok vannak és hatalmas szatyorokkal rohangál mindenki. 50 forint, és csináljuk. Nekem is mutatja az alkalmazás, hogy már 6000 forintnyi palackot visszavettem, ez nem egy akkora összeg, de

mégis motivál. Ugyanígy lehetne valamit az egészségünkkel kapcsolatban tenni.

V. J.: Igen, ez szerintem nagyon jó példa volt. Ha nincs más, amit szeretnél hozzátenni, akkor le is zárhatnánk a beszélgetést.

V. P.: Egyetlen egy gondolat még a végén, mert ezt mindig szoktam hangsúlyozni. Annyit csinálunk meg, ha valamit változtatunk, legalább próbáljuk megmérni, és abból valamilyen következtetést levonni, hogy az jó volt-e vagy sem.

Hiányzik szerintem a legtöbb esetben, hogy legyen meg bennünk a tanulási képesség, az, hogy okuljunk abból, amit csináltunk. Különben az lesz, hogy csak kísérletezgetünk, és semmivel nem leszünk előrébb.

V. J.: Igen, a tanuló rendszerek hiánya, így is lehetne fogalmazni, ha rendszerszinten nézzük. Nagyon szépen köszönöm a számomra nagyon érdekes és értékes gondolataidat, és remélem, hogy az olvasók és a hallgatók is hasonlóképpen fogják értékelni. Köszönöm szépen még egyszer.

VIZSGÁLATOK

IBS betegek mentális és fizikai tüneteinek befolyásolása vezetett imaginációs technikával

Impacting on the mental and physical symptoms of IBS patients with guided imagination technique

Szerzők: [Varga Zsuzsanna Judit](#), [Nagy Attila Csaba](#), [Molnár Edina](#)

Doi: [10.58701/mej.15562](#)

Kulcsszavak: IBS, puffadás; alvászavar; depresszió; imaginációs technika

Keywords: IBS, bloating, sleep disturbances, depression, imagination technique

Absztrakt

BEVEZETÉS: Az irritábilis bél szindróma (IBS) az emésztési tünetek által meghatározott bél-agy kölcsönhatás egyik leggyakoribb rendellenessége, amely világszerte 10-15 emberből egyet érint. Az IBS előfordulási gyakorisága Magyarországon jelenleg 15-20%, folyamatosan növekvő tendenciával. Ezt a funkcionális bélbetegséget fizikailag visszatérő puffadás, hasi fájdalom és/vagy a székletürítés gyakoriságának, illetve annak állagának megváltozása jellemzi. Tanulmányok szintén igazolják, hogy az IBS-ben szenvedő betegeknél 35%-kal magasabb a szorongás és a depresszió szintje az egészséges kontrollszemélyekhez képest. Ezen túlmenően az alvászavar, mint jellemző stresszor jelenléte is szignifikánsan összefüggésbe hozható az IBS-sel. Számos kutatás támasztja alá, hogy a betegség kezelése során az ideg- és bélrendszert célzó pszichoterápiák, mint például a hipnózis, hosszú távon pozitív hatást gyakorolnak az IBS tüneteire. Jelen vizsgálatunk azt taglalja, hogy az idegrendszerre ható közvetlen szuggesztiókkal, az emésztésre irányuló vezetett imaginációs technikával, milyen szinten lehetünk hatással az IBS-es célcsoport jellemző fizikális és mentális állapotaira, tüneteire.

MÓDSZERTAN: Vizsgálatunk felnőtt résztvevői a Facebook-on keresztül történt jelentkezéssel vettek részt a programban. A számukra megküldött kérdőívünk két fő kérdéscsoport köré épült, az egyik a nemzetközileg jegyzett Beck-féle Depressziós Skálán (BDS) mért depressziójuk mértékét vizsgálta, a másik pedig az IBS Róma IV. diagnosztikai kritériumai alapján meghatározott fizikai emésztési tüneteik jelenlétére és súlyosságára vonatkozott. A vizualizációs hanganyag az ausztráliai Monash Egyetem által kifejlesztett NERVA alkalmazás (Mindset Health, NERVA, 2023) hanganyagát alapul véve készült, ezeket a napi 10-13 perces hangfelvételeket a 41 fő bemeneti kérdőívet kitöltőnek küldtük meg hat héten keresztül minden reggel. A

hatodik hét végén megküldtük a kitöltőknek a kimeneti státuszfelmérő kérdőívet, melyet 28-an küldtek vissza értékelhető formában. Válaszaikat összesítve statisztikai elemzéseket végeztünk a mentális és fizikai tünetek általános javulásának megállapítása érdekében, és a vezetett imaginációs hanganyag hallgatásának gyakorisága függvényében is.

EREDMÉNYEK: Az eredmények összefoglalva azt mutatták, hogy a legjelentősebb javulás a szorongás szintjében következett be, de a hasi fájdalom és a puffadás súlyossága egyaránt csökkent a 28 résztvevőnél. Az alvászavarok szintén jelentős javulást mutattak a kimeneti mérésekben. Azt illetően, hogy a hanganyagok hallgatásának gyakorisága szignifikáns hatással van-e a tünetek javulására, csak a depresszió szintjének javulása esetében találtunk szignifikáns összefüggést.

KÖVETKEZTETÉSEK: Elmondhatjuk, hogy a 6 hetes imaginációs hanganyag meghallgatásával számottevően csökkenthető az IBS-ben szenvedők kimutatottan szoros összefüggést mutató depressziója és alvászavara egyaránt, valamint puffadásos, alhasi fájdalommal járó, és szorongásos tüneteik erőssége is. A meghallgatás gyakorisága kapcsán levonható a következtetés, miszerint a vezetett vizualizációs hanganyag legalább naponta történő meghallgatása esetén jelentősebb javulás érhető el a depresszió szintjében, mint azoknál, akik ennél ritkábban hallgatják meg a naponta megküldött hanganyagot.

Abstract

INTRODUCTION: Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common disorders of the gut-brain interaction defined by digestive symptoms, affecting 1 in 10-15 people worldwide. The incidence of IBS in Hungary is currently 15-20%, with a constantly increasing trend. Functional bowel disease is physically characterized by recurrent bloating, abdominal pain and/or changes in the frequency and consistency of stool. Studies also reveal that IBS patients have a 35% higher level of anxiety and depression compared to healthy controls. Further research found that the presence of sleep disorder as a characteristic stressor was significantly associated with IBS. According to several studies, psychotherapies targeting the nervous and intestinal system, such as hypnosis, have a long-term positive effect on IBS symptoms.

The present study discusses the extent to which direct suggestions affecting the nervous system via guided imagination technique for digestion can affect the typical physical and mental symptoms of the IBS target group.

METHODOLOGY: The adult participants of our study enrolled via Facebook. The input questionnaire we sent to them included two main groups of questions, one of which measured their level of depression on the internationally noted Beck depression scale, and the other assessing the presence and severity of their physical digestive symptoms determined by the Rome IV diagnostic criteria of IBS. The guided visualization audio material was made based on the NERVA application developed by Monash University, Australia. These 10-13-minute daily audio recordings were sent to the 41 participants every morning for six weeks. At the end of the six weeks 28 of them returned the output status assessment questionnaire to us completed. By summing up their answers, we carried out statistical analysis in order to

determine the general improvement of mental and physical symptoms, and also in scope of the frequency of listening to the guided imagination audio material.

RESULTS: In summary, the results showed that the most significant improvement occurred in the level of anxiety. Additionally, both the severity of abdominal pain symptoms and abdominal bloating decreased among the 28 participants. Sleep disorders also showed significant improvement in the output measures. Regarding the frequency of listening to the audio material effecting the improvement of symptoms, we found a significant correlation only concerning the level of depression.

CONCLUSIONS: We can say that by listening to the 6-week imagination audio material, both depression and sleep disorders, which have been shown to be closely related, can be significantly reduced in IBS patients, as well as the strength of their symptoms of bloating, lower abdominal pain, and anxiety. Regarding the frequency of listening, the conclusion can be drawn that if the guided visualization audio is listened to at least every days, a more significant improvement in the level of depression can be achieved than in those who listen to the daily sent audio less often.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

Az IBS prevalenciája növekvő tendenciát mutat világszerte, egyre fiatalabb korosztályokat érintve anélkül, hogy lenne egy bizonyított eljárás, melyet a páciensek követhetnek a gyógyulás reményében.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Kutatások igazolták, hogy az IBS olyan tipikus tünetegyüttest mutató állapot, amelyben a bél-agy tengely érintettségére vezethető vissza a pszichés zavarok magas prevalenciája.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Jelen kutatásban a bél-agy tengelyre irányuló vezetett imaginációs technika segítségével az IBS-ben érintettek tüneteiben pozitív hatást lehetett kimutatni.

BEVEZETÉS

Az irritábilis bél szindróma (továbbiakban IBS) a bél-agy interakció egyik, a gyomor-bélrendszeri tünetek által meghatározott leggyakoribb rendellenesség világszerte, becslések szerint 10-15 emberből egyet érint (Staudacher & Whelan, 2023). Az IBS hatása az egyénre, az életminőségre, valamint az egészségügyi ellátásra és a társadalomra a gazdasági költségek tekintetében is jelentős (Staudacher & Whelan, 2023). Ezt a funkcionális bélbetegséget fizikális síkon a visszatérő puffadás, hasi fájdalom és/vagy a székelési szokások gyakoriságát és konzisztenciáját érintő változás jellemzi. Az IBS globális prevalenciája a 15-69 évesek körében a jelenlegi becslések szerint megközelítőleg 15%, mely arány magyarországi viszonylatban ma szintén 15-20%, és folyamatosan növekvő tendenciát mutat. Ahogy nemzetközi szinten, úgy itthon is a nők túlsúlyát láthatjuk az IBS előfordulásában (Polgár et al., 2022). Az 1998 óta végzett kutatások az IBS-t közvetlen összefüggésbe hozzák pszichológiai rendellenességek magas prevalenciájával. Az IBS-ben

szenvedő betegeknel szignifikánsan, 35%-kal magasabb a szorongás és a depresszió szintje, mint az egészséges kontroll-személyeknél (Hu et al., 2021). Az erre vonatkozó tanulmányok arra a következtetésre jutottak, hogy a szorongásos és depressziós tüneteket szisztematikusan vizsgálni és kezelni kell az IBS-betegeknel, mivel a pszichés állapot fontos befolyásoló tényezője a tünetek súlyosságának, azok fennmaradásának. Azt is tudjuk mára, hogy a pszichológiai stresszorok közvetlen szerepet játszhatnak már az IBS kialakulásában is (Bonaz, Bazin & Pellissier, 2018). A stressz gátolja a bolygóideg működését, ezáltal káros hatással van a gyomor-bél traktusra és a mikrobiotára, és részt vesz az olyan gasztrointesztinális rendellenességek patofiziológiájában, mint az irritábilis bél szindróma (IBS) és a gyulladásos bélbetegségek (IBD), mely állapotokra jellemző a diszbiózis, a bél baktériumflórájának felborulása. Alacsony vagus tónust mutattak ki tehát IBD-s és IBS-es betegeknel, mely kedvez a perifériás gyulladásnak. A X. agyideg (bolygóideg) megcélzása, például idegi stimuláció révén, amely gyulladásgátló hatással rendelkezik, hatásos lehet a mikrobiota-bél-agy tengely homeosztázisának helyreállításában (Bonaz, Bazin & Pellissier, 2018). Egy másik kutatás az alvászavarok prevalenciáját vizsgálta az IBS betegek körében (Wang, Duan & Duan, 2018). A 36 tanulmányt magában foglaló metaanalízis eredménye azt mutatta, hogy az alvászavarok gyakoriak az IBS-ben, a prevalencia aránya 37,6% volt. Az összesített eredmények azt mutatták, hogy az alvászavar, mint jellemző stresszor jelenléte szignifikánsan összefügg az IBS-sel. Bár ennek az összefüggésnek az oka továbbra is tisztázatlan, az mára bizonyítást nyert, hogy a bél-agy tengely fontos szerepet játszik az IBS patogenezisében, s ezen keresztül például az IBS fizikális tünetei, mint például a hasi fájdalom, aktiválhatják a szimpatikus idegrendszert és csökkent-

hetik az alvás hatékonyságát (Wang, Duan & Duan, 2018). A pszichés érintettség tükrében az elmúlt évtizedben megjelent számos tanulmány igazolta az ideg- és egyben bélrendszerre irányuló pszichoterápiák, például a hipnózis IBS tünetekre ható, hosszútávon fennálló pozitív hatását (Lowén et al., 2013).

Jelen vizsgálat azt taglalja, hogy az idegrendszerre ható közvetlen szuggesztívókkal, az emésztésre irányuló vezetett imaginációs technikával milyen szinten lehetünk hatással az IBS-es célcsoport jellemző fizikális és mentális állapotaira, tüneteire. Továbbá vizsgáljuk, hogy van-e összefüggés a résztvevők fennálló, jellemző alvászavar tünetének erőssége, valamint a 6 hetes imaginációs programot megelőzően felmért depresszió szintjük között.

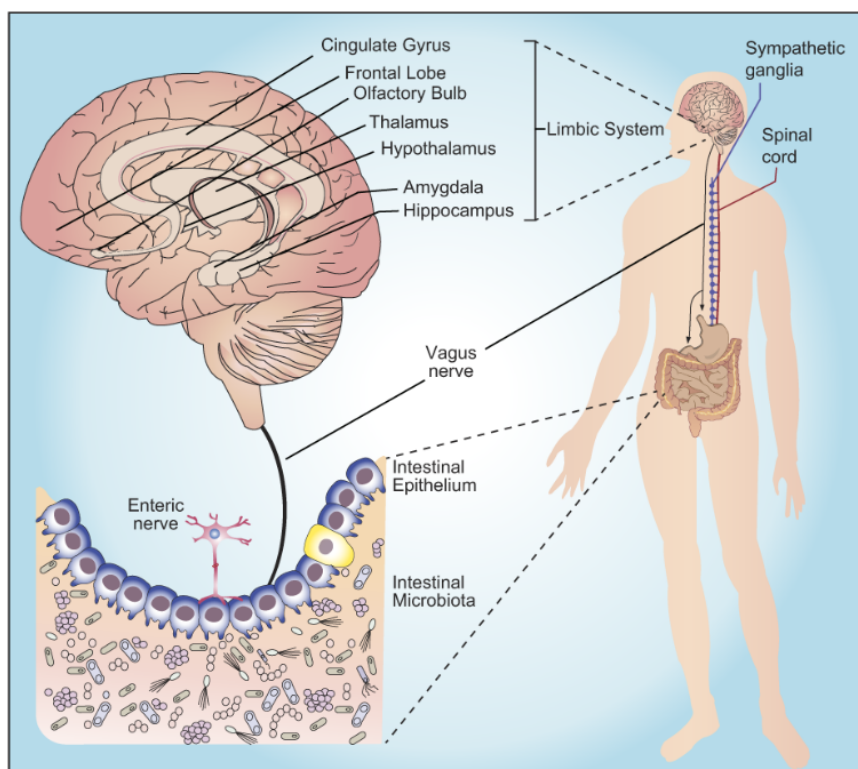
"All disease begins in the gut." - Hippocrates of Kos (Cryan et al., 2019, 1877. o.) Mára számos forrás megkérdőjelezi Hippokratész híres állításának valódiságát, eredetét, viszont még több tudományos kutatás, tanulmány igazolta napjainkra, hogy az agy és a belek valóban folyamatos kommunikációban vannak egymással, és hogy az agynak nagy szerepe van az egészséges emésztési funkciók támogatásában (Reutov & Sorokina, 2022). Ugyanakkor számos olyan tényező van, amely akadályozhatja az agy-bélrendszer kommunikációs útvo-nalait, tüneteket idézve elő az emésztőrendszerben. Azt is tudjuk ma már, hogy a krónikus és kiszámíthatatlan emésztési tünetekkel való együttélés hatással lehet a mindennapi életre. Az emésztési problémák növelik a stressz-szintet, és akadályozhatják a jóllétet támogató tevékenységek végzését. Sok beteg számol be arról, hogy az emésztési állapotukhoz kapcsolódóan rendszeres érzelmi, hangulati hullámvölgyeket élnek át. A bél-agy tengely rendellenes működése következté-

ben a megnövekedett stressz-szint vagy az intenzív érzelmek megzavarhatják az emésztést, és tovább súlyosbíthatják az emésztési tüneteket, amelyek bezárva ezt a fiziológiás ördögi kört és tovább fokozzák a stresszt és a gastrointesztinális (GI) tüneteket.

A stressz különösen jelentős hatással lehet a mikrobiota-bél-agy tengelyre az élet minden szakaszában. A közelmúltban

végzett számos kutatás igazolta a bél mikrobiotájának közvetlen befolyását számos pszichiátriai és neurokognitív betegségben, beleértve az autizmust, a szorongást, a skizofréniát, a Parkinson-kórt és az Alzheimer-kórt (Long-Smith et al., 2020). A vagus ideg nagymértékben részt vesz a mikrobiota-bél-agy tengely jelátvitelében, valójában a bél és az agy közötti kommunikáció egyik kulcsfontosságú eleme. (1. ábra)

1. ábra: A vagus nervus központi szerepe a mikrobióta-bél-agy tengely jelátvitelében
(Forrás: Cryan et al., 2019, 1877. o.)



Cingulate gyrus: Ívelt redő; Frontal Lobe Olfactory Bulb: Frontál lebeny szaglógumó; Thalamus: Talamusz; Hypothalamus: Hipotalamusz; Amygdala: Amigdala; Hippocampus: Hipocampusz; Limbic System: Limbikus rendszer; Sympathetic Ganglia: Szimpatikus ganglionok; Spinal cord: Gerincvelő; Vagus nerve: X. agyideg (Bolygóideg); Enteric nerve: Enterális ideg; Intestinal Epithelium: Bélhám; Intestinal Microbiota: Bél mikrobióta

A gastrointesztinális (GI) traktus bizonyítottan hatással van tehát az agyműködésre, és fordítva. A legújabb kutatások egyre nagyobb figyelmet fordítanak a bél-agy tengely között lejátszódó magasabb rendű kognitív és pszichológiai hatásmechanismusokra (Cryan et al., 2019). Mára tetten érhetjük a bél-agy hálózat kölcsö-

nös működésének néhány patofiziológiai következményét, beleértve a súlyosbodó bélgyulladásos rendellenességeket, az akut és krónikus stresszre adott egyre változó válaszokat, valamint a viselkedési zavarokat. Ennek eredményeként a bél-agy tengely a tudományos érdeklődés középpontjába került. Ezzel párhuz-

mosan új terápiák kerültek kidolgozásra a mentális egészség és a kognitív funkciók rendellenességei, valamint GI-rendellenességek, például a folyamatosan növekvő incidenciájú gyulladásos bélbetegségek (IBD) és az irritábilis bél szindróma (IBS) kapcsán.

Bár az IBS a leggyakoribb funkcionális gyomor-bélrendszeri rendellenesség világszerte, mivel nincs ismert gyógymódja, a kezelés gyakran multimodális megközelítést igényel, melyben diétás, farmakológiai és pszichológiai kezelést egyaránt gyakran alkalmaznak. A diétás terápiák sok IBS-ben szenvedő számára hatékonyak, a legújabb stratégia az emészthetetlen és lassan felszívódó, rövid szénláncú szénhidrátok, együttes nevén FODMAP-ok (fermentálható oligoszacharidok, diszacharidok, monoszacharidok és poliolok) korlátozása (Peters et al., 2016). Egy, a közelmúltban végzett nagymérvű vizsgálat megerősítette a korábbi megfigyeléseket, miszerint az IBS-betegek körülbelül 70%-a (függetlenül az IBS altípusától) jelentős javulást mutat a klinikai tüneteiket illetően, ha alacsony FODMAP-tartalmú étrendet követ (Peters et al., 2016). Mindazonáltal, az alacsony FODMAP diétát az egészségügyi szakemberek egyre gyakrabban alkalmazzák IBS-ben szenvedő betegeknél, első vonalbeli diétás terápiaként.

Az elme-test intervenciók, amelyek célja a stressz csökkentése, ígéretes kezelések lehetnek a bél gyulladásos rendellenességeire, ilyen például az IBS nem gyógyszeres terápiáinak jótékony hatását célzóan a hipnózis, a kognitív viselkedésterápia és a stresszkezelési technikák oktatása. A tanulmányok azt állítják, hogy az IBS-ben szenvedő betegek nagyobb eredményt érnek el ezekkel a pszichológiai kezelésekkal, mint önmagában a rutinszerű orvosi ellátással. A relaxációs terá-

piák szintén jótékony hatásúak az IBS-ben. (Kuo et al., 2017).

Egy másik ígéretes megközelítés az IBS-ben szenvedő betegek tüneteinek csökkentésére a bélműködésre irányuló hipnoterápia, amelyben a gasztrointesztinális működés szabályozására és normalizálására irányuló szuggesztiókat közvetítenek a tudatalatti felé. Megfigyelték a módszer általános és egyéni gyomor-bélrendszeri tüneteket csökkentő hatását, a bélrendszeri hipnoterápiában részesült résztvevők 24-73%-ánál (Peters et al., 2016). A bélrendszert-célzó hipnoterápia tehát pozitívan befolyásolhatja mind a pszichológiai, mind a fiziológiai működést, beleértve a bélmotilitást, a zsigeri érzékenységet, az immunműködést és a központi idegrendszert.

A modern orvostudomány szerint stresszhelyzetek, lelki traumák hatására olyan érzelmi reakciók léphetnek fel, melyek vegetatív-szomatikus tünetekben nyilvánulnak meg. A pszichoszomatikus kórképekben – mint az IBS – szenvedő betegek gyakran magas szintű neurózissal, szorongással, depresszív állapottal és szomatovegetatív rendellenességekkel küzdenek. A szorongás a funkcionális bélbetegségben szenvedő betegek körülbelül 50%-ánál figyelhető meg. Ismeretes, hogy a szorongást egy stresszreakció váltja ki, amely elsősorban a hipotalamusz által termelt kortikotrop-fel szabadító hormon emelkedésével jár. Az ilyen stresszválasz fiziológiai változásokhoz vezet, beleértve a gasztrointesztinális rendszer motilitási zavarait is. Emellett a kortikotrop-fel szabadító hormon befolyásolhatja a nociceptív jelek központi feldolgozását, amely részt vesz a zsigeri túlérzékenység jelenségének kialakulásában (Reutov & Sorokina, 2022). Ez a jelenség magyarázhatja az IBS-ben szenvedők tünetegyüttesét, melyet nagy gyakorisággal

kísér pszichés diszfunkció is. Mindez tehát indokoltta teheti stresszoldó pszichoterápiás módszerek alkalmazását funkcionális bélbetegségekben.

Terápiás megközelítésből nézve a szorongás a figyelem kóros elterelődését jelenti a szükséges mindennapi funkcióktól, valamint egy negatív visszajelzési ciklus létrejöttét a pszichés kondicionáltság és a szomatikus diszkomfort kialakulása között, egyfajta „hóglyó-effektus-t” idézve elő, amelyben a szubjektív szorongás és a szomatikus feszültség felerősíti egymást. A hipnózis nemcsak azért különösen hatékony, mert csökkenti a szorongásos állapotot és megkönnyíti az ellazulást, hanem azon disszociációs funkciója miatt is, amely elősegíti a szorongásos állapot pszichológiai és szomatikus tényezőinek szétválasztását (Spiegel, 2013).

Egy 2013-ban közzétett randomizált, kontrollált vizsgálatban kimutatták, hogy a bélrendszerre irányított hipnoterápia 3 hónap elteltével szignifikánsan javítja az IBS-tüneteket egyéb szupportív terápiákhoz képest, és hogy ez a javulás kifejezettebb volt az érzékszervi tünetek, például a fájdalom és a puffadás esetében, mint a bélmotilitás zavarai. Ez a vizsgálat megerősítette azokat a korábbi állításokat, amelyek szerint a hipnoterápia csökkentheti a hasi fájdalmat és az általános tüneteket IBS-ben (Lowén et al., 2013).

Már korábbi tanulmányok is kimutatták, hogy a hipnoterápiás kezelés kedvezően befolyásolhatja a zsigeri ingerek észlelését, mind túlérzékeny, mind hiposzenzitív betegeknél (Whorwell, Prior & Faragher, 1984). 30 súlyos, irritábilis bél szindrómában szenvedő beteget véletlenszerűen beosztottak hipnoterápiás vagy pszichoterápiás vagy placebo kezelésre. A pszichoterápián résztvevő betegek kismértékű, de szignifikáns javulást mutattak a hasi

fájdalom és feszülés tüneteit, valamint az általános jólétet illetően, de a székletürítési zavarokban nem. A hipnoterápiában részesülők viszont minden tünet terén drámai javulást mutattak, igen jelentős különbséggel a két csoport között. Továbbá, a hipnoterápiás csoportban nem regisztráltak relapszusokat a 3 hónapos utánkövetési időszakban, és nem figyeltek meg szubsztitúciós tüneteket sem (Whorwell, Prior & Faragher, 1984).

Egy következő tanulmányban a hipnoterápiás beavatkozásban részesülő és a hagyományos kezelést kapó kontrollcsoport is szignifikáns javulást mutatott minden tünet terén és életminőségükben is a vizsgálat 12 hónapja alatt. 3 hónap elteltével azonban az intervenciós csoport szignifikánsan nagyobb javulást mutatott a fájdalom, a hasmenés és az általános tünetek tekintetében. A hipnoterápiában részesülő betegek lényegesen kisebb valószínűséggel igényeltek gyógyszeres kezelést, és nagy többségük állapotuk hosszú távú javulásáról számolt be (Roberts et al., 2006).

Az ausztrál Monash Egyetem Egészségügyi Tanszéke által 2016-ban végzett vizsgálat célja az volt, hogy randomizált klinikai vizsgálatot végezzenek IBS-ben szenvedő, de diétás vagy pszichológiai terápiában korábban még nem részesült betegeken, és hogy összehasonlítsák a bélrendszert-célzó hipnoterápia és az alacsony FODMAP diéta hatását, önmagában és kombinációikban a hasi tüneteket és mentális egészséget vizsgálva rövid (6 hét) és hosszabb távon (6 hónap) (Peters et al., 2016). Feltételezték, hogy a résztvevők hasonló emésztőrendszeri és pszichés javulásról számolnak be, függetlenül attól, hogy bélrendszert-célzó hipnoterápiát vagy alacsony FODMAP diétát követtek, viszont azok, akik mindkét terápiában részesültek, fokozott hatást tapasztalnak. Összefoglalva kutatási ered-

ményeiket, a gyomor-bélrendszeri tünetek enyhítésében és az életminőség javításában a bélközpontú hipnoterápia hatékonysága hasonló az alacsony FODMAP diétához IBS-ben szenvedő betegeknél. Ezek a módok azonban nem mutatnak összeadódó hatást, ha egyidejűleg alkalmazzák őket. Az alacsony FODMAP diétával szemben azonban a bélrendszert célzó hipnoterápia tartósabbnak bizonyult a szorongással és depresszióval kapcsolatos pszichológiai mutatók javulása terén (Peters et al., 2016).

Általánosan elmondható, hogy az IBS-es betegek által tapasztalt tünetekkel való megküzdés az egészséggel összefüggést mutató életminőség jelentős romlásával jár. Egy szisztematikus áttekintésben az IBS-ben szenvedő betegek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a kontrollszemélyekhez képest az egészséggel összefüggést mutató életminőség vizsgálatában minden téren, – beleértve a fizikai és az érzelmi működést –, valamint a mentális egészséget (Buono, Carson & Flores, 2017).

Tekintettel az IBS-ben szenvedő betegek mentális egészségének jelentőségére, a fenti adatok összességében azt mutatják, hogy a bélrendszert célzó hipnoterápia kiváló alternatívája az alacsony FODMAP diétának, elmondható továbbá, hogy a bélrendszert célzó hipnoterápiát az IBS-ben szenvedő betegeknek első vonalbeli terápiaként érdemes alkalmazni. A bélműködésre irányuló hipnoterápia további előnye, hogy mellékhatásai ritkák, hatásmechanizmusában rendkívül biztonságosnak tekinthető. Továbbá, a betegek egyéni szuggesztibilitásától függetlenül rendkívül hatékonynak bizonyult.

A fenti kutatástörténetből kiindulva szándékoztunk kimutatni, hogy a jelenlegi tanulmányban általunk vizsgált, IBS-ben szenvedő önkéntes résztvevők depresszió

szintje, valamint ezzel párhuzamosan legjellemzőbb gasztrointesztinális tünetek is javulást fognak mutatni a 6 hetes, vezetett imaginációs hanganyag napi meghallgatásának eredményeként.

Továbbá feltártuk, hogy van-e összefüggés főbb tüneteik a 6 hetes program végén vizsgált alakulása, valamint a hanganyag 6 hét során történő meghallgatásának gyakorisága között, nullhipotézisként feltételezve, hogy a hallgatás gyakorisága nem befolyásolja a jellemzően fennálló IBS tünetek, valamint depressziójuk szintjének alakulását.

MÓDSZERTAN

Fenti céljainkat a 6. hét kezdetén és végén bemeneti / kimeneti állapotfelmérő kérdőív kitöltésével kívántuk elérni, a résztvevők válaszait összevetve a program kezdetén és végén, statisztikai módszerekkel feltárva az összefüggéseket.

A résztvevőket részben IBS-es szociális média csoportokon keresztül, részben pedig saját közösségi média oldalainkon történő felhívás megosztása útján értük el. Jelentkezésükkor tájékoztattuk őket a kutatás céljáról és körülményeiről, valamint a 6 hét során követendő teendőkről (kérdőív kitöltése, hanganyag napi hallgatása). Feltételként jelöltük meg, hogy a jelentkezők saját bevallásuk szerint rendelkezzenek IBS diagnózissal orvostól, vagy feleljenek meg a Rome IV. – IBS diagnosztikai kritériumoknak (Rome IV Criteria, 2016), továbbá azt, hogy nyilatkozzanak arról, hogy minden egyéb igazolt patológiás emésztőrendszeri diagnózist kizártak náluk múltbeli vizsgálatok. Ezt követően igazoltuk vissza, és hagytuk jóvá részvételüket.

Vizsgálatunk indulásaként bemeneti állapotfelmérő kérdőívet küldtünk a résztvevők számára. A 11 zárt típusú, köztük

több mátrix, egy-, illetve többválasztásos kérdésből álló kérdőív emésztőrendszerre és az IBS jellemző tüneteire vonatkozó kérdéseit magunk állítottuk össze a 2019-es Európai Lakossági Egészségfelmérés, valamint az IBS diagnózisát taglaló Rome IV. – IBS diagnosztikai kritériumok alapján (Rome IV Criteria, 2016). A bemeneti állapotfelmérő kérdőív 2 fő kérdéscsoport köré épült, egyrészt a depresszió szintjét felmérő rövidített Beck féle kérdéssort (Rózsa, Szádóczy & Füredi, 2001), másrészt a fizikális GI tünetek jelenlétére, erősségére kitérő kérdéseket alkalmaztunk. A Survey Monkey online applikációval elkészített és megküldött kérdőív bevezetőjében röviden tájékoztattuk a kitöltő résztvevőket a kitöltés határidejéről, az online kitöltés technikai elemeiről, valamint a hanganyag megküldésének indulásáról, pontjairól. Viszont szándékosan nem tájékoztattuk őket a vezetett imagináció várható, illetve korábbi nemzetközi kutatásokban leírt hatásairól, annak érdekében, hogy elkerüljük a hallgatás eredményességével kapcsolatos előzetes elvárások, elképzelések és kondicionáltság általi torzításokat.

A vizualizációs hanganyagot az ausztrál Monash University által kifejlesztett NERVA applikáció hanganyagait alapul véve (Peters et al., 2016) hoztuk létre. A 10–13 perces, általunk készített napi vezetett imaginációs, a bélműködésre irányuló szuggesztiókat tartalmazó hanganyagot 6 héten keresztül minden reggel 6 órakor küldtük meg a résztvevő személyek email címére, titkos másolatban listázva az email címeket. A hanganyaggal kapcsolatban a legnagyobb hatékonyság kedvéért azt javasoltuk, hogy azok olyan időpontban kerüljenek meghallgatásra naponta egyszer, amikor a vizsgálatban részt vevő személy még éber állapotban van.

A 6. hét végén megküldtük a résztvevőknek a kimeneti állapotfelmérő kérdőívünket, mely tartalmilag megegyezett a bemeneti kérdőívvel az épp aktuális tüneteik erősségét, depressziós szintjüket illetően, viszont néhány kérdésben változtatást kellett végeznünk annak érdekében, hogy felmérhessük a 6 heti hanganyag hallgatásával kapcsolatos véleményüket, gyakorlati tapasztalatukat. A vizsgálat elején a résztvevők számára megküldött bemeneti állapotfelmérő kérdőív a meglévő tünetekre vonatkozó kérdéseire adott válaszokat összesítve megállapítottuk, hogy mely négy vezető IBS tünet erősségének alakulását fogjuk közelebbről megvizsgálni a 6 hetes program végén. A 4 választott tünetet az alapján szűrtük le, hogy melyekre adtak a legtöbben pozitív választ a gyakoriság és erősség tükrében. Vizsgálatunk nem terjedt ki az IBS altípusainak különbözőségeire, a tüneteket általánosságban értékeltük.

Shapiro-Wilk tesztel vizsgálva a normalitást, páros t-próbát alkalmaztunk az egyes vizsgált jellemző tünetek a 6 hetes hallgatás előtti és utáni értékeire, feltárva, hogy lett-e szignifikáns javulás a vizsgált négy féle vezető tünet tekintetében. Majd többszörös lineáris regresszió elemzéssel korra, nemre korrigálva néztük meg az egyes vizsgált tünetek a 6 hét előtti szintjének potenciális hatását a 6 hét végén mért értékekre. Továbbá, a depresszió szintjének változását vizsgálva többszörös lineáris regressziós modellt alkottunk annak érdekében, hogy lássuk, volt-e szignifikáns összefüggés a hathetes napi vezetett imaginációs hanganyag meghallgatásának gyakorisága és a fent nevezett javulási mutatók között, ahol kimenetel a depresszió későbbi szintje, a magyarázó változók pedig a kor, nem, depresszió előtti szint és a hallgatás gyakorisága volt. A statisztikai számításokat az Intercooled Stata v18 statisztikai program segítségével végeztük el.

EREDMÉNYEK

A 41 fő vizsgálatban résztvevő 38 volt nő, 3 fő férfi, átlagéletkoruk 42 év. Iskolai végzettségüket tekintve a jelentkezők 55%-a rendelkezett főiskolai vagy egyetemi végzettséggel, 40% gimnáziumi vagy szakiskolai, illetve 2 fő általános iskolai 8 osztályos végzettséggel.

A 41 főből 2 fő jelezte az első hét során részvételi szándékának visszavonását, így 39 fővel folytattuk és fejeztük be a 6 hetes napi imaginációs terápia programot. A 6 hét során a résztvevők néhány, a hanganyag letöltésével kapcsolatos technikai észrevételen kívül nem jelezték, hogy kérdésük, megjegyzésük lenne a teendőkkel, folyamattal kapcsolatban.

A bemeneti állapotfelmérő kérdőív vonatkozó kérdéseire adott válaszok alapján a következő tipikus IBS tünetek jelenléte bizonyult a legjellemzőbbnek és általánosan erőteljesnek a résztvevőknél: a gázokkal járó puffadás; az alhasi fájdalom; a szorongás; valamint az alvási zavarok.

A bemeneti kérdőív adatai szerint a depresszió gyakorisága enyhe-súlyos spektrumon 100% volt. A 39 főből 21-en bizonyultak enyhe, míg 17-en közepes, illetve 1 fő súlyos depresszióval küzdőnek a Beck skála alapján. Összességében egy résztvevő sem mutatott normál hangulati

fekvésű állapotot. A vizsgált, jellemzően fennálló tünetek közül az alvászavar kiugró erőteljességgel volt jelen az erős, vagy súlyos depresszióval küzdőknél, míg közel 30%-kal kisebb mértékben az enyhe depressziót mutatóknál.

A kimeneti kérdőívet 28-an töltötték ki és küldték vissza részünkre, a többi résztvevő többszöri emlékeztetés mellett sem küldte vissza válaszait. A 28 fő válaszait összesítve tudtunk tehát analízist végezni statisztikai módszerekkel.

Azt találtuk, hogy míg a szorongás szintjében történt a legkiemelkedőbb javulás, mind az alhasi fájdalom tüneteirőssége, mind a puffadás erőssége csökkent a 28 kimeneti választ adó résztvevőnél. Depressziószintjük, valamint ezzel összefüggésben álló alvászavaruk szintén szignifikáns javulást hozott a kimeneti állapotfelmérés alapján. (1.-2. táblázat)

Azt vizsgálva, hogy volt-e jelentősége a tüneteirősség javulása szempontjából annak, milyen gyakran hallgatták meg a résztvevők a hanganyagot, naponta, minimum kétnaponta, vagy ennél ritkábban, az egyetlen szignifikáns összefüggést a depressziószint javulásában találtuk, azaz csak azoknál a résztvevőknél javult a depressziószint a 6 hét végére, akik naponta meghallgatták az imaginációs hanganyagot. (3. táblázat)

1. táblázat: Az egyes vizsgált jellemző tünetek 6 hetes imaginációs hanganyag hallgatás előtti és utáni erőssége

	előtte (átlag±SD)	utána (átlag±SD)	p-érték*
Depresszió szint	18,79 ± 4,74	17,54 ± 4,74	0,019
Puffadás erőssége	2,56 ± 0,94	2,14 ± 0,89	0,002
Hasi fájdalom erőssége	2,07 ± 0,93	1,82 ± 0,77	0,01
Szorongás erőssége	2,23 ± 0,90	1,75 ± 0,70	<0,001
Alvási nehézség	2,15 ± 0,99	1,71 ± 0,76	<0,001

* páros t-próba

2. táblázat: Az egyes vizsgált tünetek a 6 hetes imaginációs hanganyag hallgatása előtti szintjének hatása az utána mért értékekre

„utána” értékek	„előtte” értékek regressziós együtthatója [95%MT]	p-érték*
Depresszió szint	0,85 [0,62-1,07]	<0,001
Puffadás erőssége	0,54 [0,23-0,86]	0,002
Hasi fájdalom erőssége	0,59 [0,35-0,84]	<0,001
Szorongás erőssége	0,51 [0,24-0,77]	0,001
Alvási nehézség	0,57 [0,36-0,79]	<0,001

*többszörös lineáris regresszió (korrigálva nemre, korra); 95%MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

3. táblázat: Depresszió szintjének javulása a vezetett imaginációs hanganyag meghallgatási gyakoriságának tükrében a hetente 1-szeri hallgatáshoz viszonyítva

	Regressziós koefficiens [95%MT]	p-érték*
Depresszió szintje a 6 hetes imaginációs program előtt	0,7 [0,43-0,96]	<0,001
Kevesebb, mint háromszor egy héten	-2,59 [-6,57-1,39]	0,189
Hetente min. háromszor	-3,95 [-9,18-1,27]	0,13
Min. minden második nap	-2,87 [-6,44-0,7]	0,109
Minden nap	-4,24 [-7,66--0,81]	0,018

*többszörös lineáris regresszió (korrigálva nemre, életkorra); 95%MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

MEGBESZÉLÉS

Tehát kapott eredményeink szerint mind a depresszió szint csökkenése, mind a további négy vizsgált vezető tünet javulása szignifikánsnak bizonyult a statisztikai mérés során. Elmondható, hogy míg a négy vizsgált, jellemző IBS tünet – puffadás, hasi fájdalom, szorongás, alvási nehézség – mind javulást mutatott a 6 hetes imaginációs program végén, a depresszió tekintetében a 6 heti imaginációs program végén regisztráltunk ugyan javulást, de ez nagyban alatta maradt az ausztrál Monash egyetem kutatási eredményének. Azonban fontos megjegyezni, hogy ők a HADS szorongás/depresszió szint mérést alkalmazták (Zigmond & Snaith, 1983), tehát nem a Beck féle skálát. Így az eredmények nem voltak összehasonlíthatók, azonban mindenképp érde-

mes lenne ebben a témában további kutatást folytatni itt Magyarországon is.

A vezetett imaginációs hanganyag hallgatásának gyakoriságát illetően csak a depressziószint javulásában találtunk szignifikáns összefüggést, a további négy vezető vizsgált tünet erősségének javulásában nem, bár mind a négy tipikus tünet szignifikáns javulást mutatott a meghallgatás gyakoriságától függetlenül a hatodik hét végén.

Már a bemeneti kérdőívre beérkezett válaszból visszaigazolódott az a nemzetközileg már széles körben bizonyított feltevésünk, mi szerint az IBS-ben szenvedők nagy hányada küzd depresszióval valamely mértékben (Wang, Duan & Duan, 2018). A bemeneti kérdőívezésből kimutatható volt az is, hogy az alvászavar, mint

jellemző IBS tünet 70%-kal fordul elő gyakrabban erős vagy súlyos depresszióval küzdőknél, mint az enyhe spektrumon mozgóknál. Ez az eredmény már önmagában további kutatás alapjául szolgálhat, melyben azt vizsgálánk, hogy az IBS-sel élők alvászavarát orvosolva tudunk-e pozitív hatással lenni depressziójuk csökkentésére, ezzel javítva életminőségüket. A vizsgálat limitációja, hogy a vezetett imaginációs hanganyag 6 hetes meghallgatásának, mint beavatkozásnak a hatását elemeztük egy résztvevői csoporton, ahol a hatást a beavatkozás előtt, illetve utána mért változók közti különbséggel mértük. A kimutatott hatásról azonban nem tudjuk egyértelműen, hogy valóban a vizsgált beavatkozás, vagy más befolyásoló tényezőhöz kapcsolható, mivel nem alkalmaztunk beavatkozás nélküli kontrollcsoportot. Ennek hiányában legfeljebb vélelmezni tudjuk a beavatkozás sikerességét.

Jelen kutatásunkban korlátként említjük még a limitált számú résztvevőt, s ennek kapcsán a 6 hetes programot megszakító 11 résztvevőt, akiktől nem érkezett be a kimeneti állapotfelmérő kérdőív, valamint a plusz 2 fő, a program elején visszalépő résztvevőt. Továbbá, mivel adatvédelmi okokból nem állt módunkban pontos kórtörténetet és diagnosztikai dokumentumokat bekérni a programra jelentkezéskor, a részvételre jelentkezők saját bevallás szerinti nyilatkozatukra kellett hagyatkoznunk a kiválasztási kritériumoknak megfelelő állapotukkal kapcsolatban, mely magában rejti a saját állapot meghatározásának esetleges pontatlanságait.

További limitáció a vizsgált minta egyenlőtlen nemi eloszlása, a nők túlnyomó aránya a férfiakéhoz képest (38 nő; 3 férfi). Ez az arány világszerte jellemzi az IBS-sel diagnosztizáltak körét, a világban mindenhol a nők túlsúlyát figyelték meg ebben a funkcionális gasztrointesztinális kórképben.

KÖVETKEZTETÉSEK

A fentiek tükrében elmondhatjuk, hogy a 6 hetes imaginációs hanganyag meghallgatásával számottevően csökkenthető az IBS-ben szenvedők kimutatottan szoros összefüggést mutató depressziója és alvászavara, valamint puffadásos, alhasi fájdalommal járó, és szorongásos tüneteik erőssége is.

A meghallgatás gyakorisága kapcsán levonható a következtetés, miszerint a vezetett vizualizációs hanganyag naponta történő meghallgatása esetén jelentősebb javulás érhető el a depresszió szintjében, mint azoknál, akik ennél ritkábban hallgatják meg a naponta megküldött hanganyagot.

Mindezen eredmények fényében elmondható, hogy szakmailag megalapozott lehet további kutatások végzése a bélműködésre irányuló imaginációs hanganyag hallgatásán alapuló pszichológiai módszer alkalmazásával az olyan pszichoszomatikus jellegű funkcionális gasztrointesztinális betegségek esetén, mint a világszerte egyre növekvő prevalenciájú IBS.

HIVATKOZÁSOK

- Bonaz, B., Bazin, T., Pellissier, S. (2018). The Vagus Nerve at the Interface of the Microbiota-Gut-Brain Axis. *Frontiers in Neuroscience*, Vol. 12, doi: 10.3389/fnins.2018.00049
- Buono, J.L., Carson, R.T., Flores, N.M. (2017). Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 15, No. 35, doi: 10.1186/s12955-017-0611-2
- Cryan, J. F., O'Riordan, K.J., Cowan, C. S. M., Sandhu K. V., Thomaz F. S. B., Marcus B., Martin G. C., Sofia C., Christine F., Anna V. G., Katherine E. G., Minal J., Caitriona M. L-S., Joshua M. L., Jason A. M., Alicia M-P., Gerard M., Emanuela M., Enrique M. (2019). The Microbiota Gut-Brain Axis. *Physiological Reviews*, Vol. 99, No. 4, doi: 10.1152/physrev.00018.2018
- Hu, Z., Li, M., Yao, L., Wang, Y., Wang, E., Yuan, J., Wang, F., Yang, K., Bian, Z., & Zhong, L. D. (2021). The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 7;21(1):23. doi: 10.1186/s12876-020-01593-5
- Kuo, B., Bhasin, M., Jacquart, J., Scult, M. A., Slipp, L., Riklin, E. I. K., Lepoutre, V., Comosa, N., Norton, B-A., Dassatti, A., Rosenblum, J., Thurler, A. H., Surjanhata, B. C., Hasheminejad, N. N., Kagan, L., Slawsby, E., Rao, S.R., Macklin, E. A., Fricchione, G. L. (2017, febr. 21). Genomic and Clinical Effects Associated with a Relaxation Response Mind-Body Intervention in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease, *PLoS ONE* 10(4).
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172872>
- Lowén, M. B. O., Mayer, E. A., Sjöberg, M., Tillisch, K., Naliboff, B., Labus, J., Lundberg, P., Ström, M., Engström, M., Walter, S. A. (2013). Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, Vol. 37, Issue 12, pp. 1184–1197. doi: 10.1111/apt.12319
- Long-Smith, C., O'Riordan, K. J., Clarke, G., Stanton, C., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2020). Microbiota-Gut-Brain Axis: New Therapeutic opportunities. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, Vol. 60, pp. 477–502.
- Mindset Health, NERVA, (2023). <https://try.nervaibs.com/>
- Peters, S. L., Yao, C. K., Philpott, H., Yelland, G. W., Muir, J. G., Gibson, P. R. (2016). Randomised clinical trial: the efficacy of gut-directed hypnotherapy is similar to that of the low FODMAP diet for the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacological Therapies*, 44(5):447–59. doi: 10.1111/apt.13706
- Polgár A., Szálka B., Molnár T., Kósa I., Vassányi I., Mák E. dr. (2022). A mobilapplikációval támogatott alacsony-FODMAP-étrend a funkcionális gastrointestinalis és a gyulladásos bélbetegségek kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 163(31): 1224–1230. doi: 10.1556/650.2022.32502
- Reutov, V. P., & Sorokina, E. G. (2022). Causal Relationship between Physiological and Pathological Processes in the Brain and in the Gastrointestinal Tract: The Brain-Intestine Axis. *Biophysics*, Vol. 67, pp. 972–986.
- Roberts, L., Wilson, S., Singh, S., Roalfe, A., Greenfield, S. (2006). Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: piloting a primary care-based randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, Vol. 56, Issue 523, pp. 115–121.
- Rome Foundation (2016). Rome IV Multidimensional Clinical Profile for Functional Gastrointestinal Disorders: MDCP (Second Edition) <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>
- Rózsa, S., Szádóczy, E., & Füredi, J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán [Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory]. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384–402. Beck, Rövidített depresszió skála, https://maskepp.hu/tesztek/beck_depresszio_skala.doc
- Spiegel, D. (2013). *Transformations: Hypnosis in Brain and Body*. Wiley Periodicals, Depression and Anxiety, 30:342–352.
- Staudacher, H. M., Whelan, K. (2023. október 05). Altered gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome and its modification by diet: probiotics, prebiotics and the low FODMAP diet, Cambridge University Press, <https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/altered-gastrointestinal-microbiota-in-irritable-bowel-syndrome-and-its-modification-by-diet-probiotics-prebiotics-and-the-low-fodmap-diet/8A7E00D44BD17B2F192D8EEBE464AD03>

- Wang, B., Duan, R., & Duan, L. (2018). Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Saudi J Gastroenterol*, May-Jun, 24(3): 141–150. doi: 10.4103/sjg.SJG_603_17
- Whorwell P. J., Prior, A., Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*, Dec 1;2(8414):1232–4. doi: 10.1016/s0140-6736(84)92793-4.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6):361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Varga Zsuzsanna Judit
Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Debrecen
susie.varga@gmail.com

Nagy Attila Csaba
Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Debrecen
attilanagy@med.unideb.hu

Molnár Edina
Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Debrecen
molnar.edina@etk.unideb.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 04. 03.

Elfogadva: 2024. 11. 06.

Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Varga Zsuzsanna Judit, Nagy Attila Csaba, Molnár Edina. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

JUNIOR KUTATÓK

A 2023-as „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészség- edukációs program digitális egészségüggyel kapcsolatos szervezési szempontjai és működési tapasztalatai¹

Organizational aspects and operational experiences related to digital health in the 2023 „Egészségpart” mobile summer screening and health education program

Szerzők: [Csóka Regina](#), [Kenesei-Kalló Andrea](#), [Jóni András Dániel](#), [Mikesy Gergely](#), [Hámori Attila](#), [Bertókné Tamás Renáta](#), [Árváné Egri Csilla](#), [Gál Veronika](#), [Joó Tamás](#)², [Nistor Katalin](#)²

Doi: [10.58701/mej.17337](https://doi.org/10.58701/mej.17337)

Kulcsszavak: mobil szűrővizsgálat; emberi erőforrás menedzsment; digitális egészségügy
Keywords: mobile screening units; human resource management; digital health

Absztrakt

BEVEZETÉS: A Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság 2023-ban harmadik alkalommal rendezte meg az „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészség-
edukációs programot. A tanulmány célja az volt, hogy bemutassa a 2023-as „Egészségpart” program digitális egészségüggyel kapcsolatos szervezési és működési aspektusait, beleértve az emberierőforrás-igényeket, és azok allokációját, a skill-labor alkalmazását, illetve a kommunikációs módszereket. A tanulmány bemutatja, hogy miképp szolgálhat egy mobil program kommunikációs eszközként a lakosság számára, mindamellett, hogy digitális egészségügyi központként is megállja a helyét.

MÓDSZERTAN: A vizsgálat során részletesen elemeztük a szűréseken résztvevők számát és lakóhely szerinti eloszlását, valamint bemutattuk a szűrőprogram elemeinek elrendezését, és a részvétel folyamatát. Felmértük a program megvalósításához szükséges emberi erőforrásokat, valamint a partnerek közötti agilis

¹ A tanulmány első verziója a Semmelweis Egyetem Tudományos Diákköri Konferencia, Adatvezérelt egészségügy előadás szekciójában hangzott el, 2024. február 7-én. Az előadás absztraktja az Orvosképzés A graduális és posztgraduális képzés folyóirata 2024; XCIX. évfolyam, 1: 1-308. Tudományos Diákköri Konferencia című folyóirat (ISSN 0030-6037), 88. oldalán jelent meg. Emellett a tanulmány első verziójának bemutatását a Marosvásárhelyi Tudományos Diákköri Konferencián, 2024. április 25-én, Megelőző orvostudomány, egészségügyszervezés, beteggondozás előadás szekcióban 1. különdíjjal jutalmazták. Az előadás absztraktja az Orvostudományi Értesítő folyóirat (ISSN 1453-0953), 2024, 97. kötet 2. különszám 125. oldalán jelent meg.

² A szerzők a tanulmány utolsó szerzői, egyenlő mértékben járultak hozzá a tanulmányhoz.

együttműködés szempontjait. Mindemellett értékeltük a szűrőprogramhoz kapcsolódó kommunikációs és disszeminációs eszközöket, és bemutattuk a skill labor keretében megvalósult digitális szájúregi szűrést.

EREDMÉNYEK: Összesen 727 fő vett részt a különböző szűrővizsgálatokon, beleértve a vérből történő vizsgálatokat, az életmódi kockázatfelmérést, valamint a bőrgyógyászati és a digitális szájúregi szűréseket. Kiemelt figyelmet fordítottunk a digitális eszközök és mesterséges intelligencia által támogatott megoldások alkalmazására, a digitális egészségügyi skill-labor funkció kiépítésére és a digitális egészségügyi megoldások népszerűsítésére. A szűrésen résztvevők körében a nők aránya meghaladta az ötven százalékot, az átlagéletkor pedig 54,2 év volt. A programon résztvevők több, mint fele (60,2 %) a Balaton környéki vármegyéből, negyede (25,3 %) pedig Pest vármegyéből érkezett. A program megvalósításában átlagosan napi 31 fő együttműködő vett részt 11 háttérintézményből és partnerszervezettől, köztük az Országos Kórházi Főigazgatóságtól és a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központtól. Az együttműködő szervezetek különböző tevékenységi köröket és feladatokat láttak el. Az agilis együttműködés lehetővé tette a gyors és hatékony problémamegoldást. A program során alkalmazott kommunikációs módszerek, a több, mint 30 kihelyezett helyszíni reklám és plakát, a Facebook és a weboldal hirdetései, amelyek több, mint negyven- és ötvenezer főt értek el, illetve a szűrőprogramról szóló tájékoztatás sikeresen növelte a program ismertségét és a résztvevők tájékozottságát. A program során olyan technológiai megoldásokat, digitális eszközöket is alkalmaztunk, amelyek működését már mesterséges intelligencia segíti és támogatja (pl. szájszkenner). Digitális egészségügyi skill-labor funkció alatt olyan gyakorló központot vagy oktatási helyszínt értünk, ahol az egészségügyi dolgozók és hallgatók fejleszthetik digitális készségeiket, valamint megismerhetik és elsajátíthatják a digitális egészségügyi eszközök használatát.

KÖVETKEZTETÉSEK: Ismertté vált, hogy miként lehet a digitális megoldásokat hatékonyan integrálni és működtetni az egészségügyi szűrőprogramok keretében. Az Egészségpart 2023 sikeresen összekapcsolta a hagyományos szűrési eljárásokat az új technológiák bevonásával, mint például a szájúregi szűrés keretében a digitális szájszkenner használatát és az adatvezérelt egészségügyi megoldások támogatását. A programelemek elrendezését minden évben a helyszínekhez igazítottan szükséges kialakítani, az optimális működés érdekében.

Abstract

INTRODUCTION: In 2023, the Hungarian Health Management Society organised the third edition of the "Egészségpart" mobile summer screening and health education programme, where a total of 727 people participated in various screening tests, including general health assessment, blood tests, dermatological and digital oral screening. The aim of the study was to present the organisational and operational aspects of the 2023 "Egészségpart" programme in relation to digital health, including human resource needs and allocation, the use of a skills lab and communication methods. The study will show how a mobile programme can serve as a communication tool for the population, while also being a digital health centre.

METHODOLOGY: The study analysed in detail the number and distribution of screening participants by residence, the layout of the screening programme elements and the process of participation. The human resources needed to implement the programme were assessed, as well as aspects of agile collaboration between partners. In addition, we evaluated the communication and dissemination tools related to the screening programme and presented the digital oral screening implemented in the framework of the skill lab.

RESULTS: A total of 727 people participated in various screening tests, including blood tests, lifestyle risk assessment, dermatological and digital oral screening. A particular focus was put on the use of digital tools and AI-enabled solutions, the development of a digital health skills lab function and the promotion of digital health solutions. Among the screening participants, the proportion of women was over fifty percent and the average age was 54.2 years. More than half (60.2%) of the participants came from counties around Lake Balaton and a quarter (25.3%) from Pest county. An average of 31 collaborators per day from 11 background institutions and partner organisations, including the National Directorate General of Hospitals and the National Public Health and Pharmacy Centre, were involved in the implementation of the programme. The collaborating organisations had different scopes of activities and tasks. Agile cooperation allowed for fast and efficient problem solving. The communication methods used during the programme, more than 30 on-site advertisements and posters, Facebook and website ads reaching more than 40 000 and 50 000 people respectively, and information about the screening programme, successfully increased the awareness and knowledge of the participants. The programme has also used technological solutions and digital tools that are now supported and assisted by artificial intelligence (e.g. mouth scanners). By digital health skills lab, we mean a training centre or educational site where healthcare workers and students can develop their digital skills and learn and master the use of digital health tools.

CONCLUSIONS: It is now known how to effectively integrate and operate digital solutions in health screening programmes. Egészségpart 2023 has successfully combined traditional screening procedures with the incorporation of new technologies, such as the use of digital oral scanners for oral screening and the support of data-driven health solutions. Each year, the layout of the programme elements needs to be tailored to the sites to ensure optimal performance.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

Az egészségügyi szűrőprogramok kulcsfontosságúak a betegségek korai felismerésében és az egészségben megélt élettartam növelésében. Megvalósításuk során egyre nagyobb szerepet kap az agilis együttműködés, illetve a digitalizáció.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Több hazai és nemzetközi közlemény is foglalkozott már azzal, hogyan szolgálhatnak a mobil egészségklinikák figyelemfelhívó és egészségtudatosítást erősítő platformként, miközben fontos szerepet játszanak a daganatos és más nem fertőző betegségek szűrésében.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Közleményünk részletesen bemutatja a digitális egészségüggyel kapcsolatos szervezési szempontokat és működési tapasztalatokat (digitális eszközök és mesterséges intelligencia által támogatott megoldások alkalmazása, digitális egészségügyi skill-labor funkció kiépítése, digitális egészségügyi megoldások népszerűsítése, stb.).

BEVEZETÉS

A 2021-es Global Burden of Disease Study (GBD) legfrissebb eredményei alapján Magyarországon a születéskor várható élettartam 2022-ben nők esetén 79,7 év, férfiak esetében pedig 73,2 év volt. Az Eurostat becslései szerint 2023-ban

Magyarországon ez az érték nők esetében 80,1 évre, a férfiak esetében pedig 73,6 évre emelkedett (Eurostat, 2024). A GBD becslései szerint 2050-re várhatóan 82,8-ra és 77,9-re emelkedik a születéskor várható élettartam, azonban a születéskor egészségesen várható élettartam – vagyis azon évek száma, amelyeket egy személy átlagosan jó egészségben élhet – ezeknél 12,3 és 9,1 évvel kevesebb lesz (Vollset et al., 2024). A 2019-es európai lakossági egészségfelmérés alapján, 2009 és 2019 között csak kis mértékben nőtt azoknak az aránya, akik jónak vagy nagyon jónak ítélik meg az egészségi állapotukat (Központi Statisztikai Hivatal – ELEF 2019).

Köztudott, hogy az egészségügyi szűrőprogramok elengedhetetlenek a megbetegedések korai felismerésében és a potenciális egészségügyi kockázatok azonosításában. A szűrőprogramok hatékony megvalósítására vonatkozóan elsők között az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ismertette a szűrőprogramok alapvető kritériumait (Wilson & Jungner, 1968). Negyven évvel később a jelentés kiegészült azzal, hogy a programnak integrálnia kell az oktatást is (Andermann, Blancquaert, Beauchamp, & Déry, 2008). A WHO koncepciójával harmonizál Avedis Donabedian három, illetve Robert Maxwell hat minőségi dimenziós minőségértékelésre és -ellenőrzésre vonatkozó modellje (Maxwell, 1984; Donabedian, 1988). Mindemellett elmondható, hogy szükség van egy stabil szervezeti működésre, illetve a folyamatok optimalizálására ahhoz, hogy a szűrőtevékenység eredményesebb legyen. Az agilis együttműködés egy olyan szervezeti kultúra, amely lehetővé teszi például az egészségügyi szervezetek számára, hogy rugalmasak legyenek, gyorsan reagáljanak a változásokra, és hatékonyan működjenek együtt a közös célok elérése érdekében (Simon, 2019; Majd & Majd, 2023). A közös céllal és vízióval rendelkező

szervezetek és csapatok képesek a hatékony problémamegoldásra, ami minőségi eredményekhez vezet, tehát javíthatják a betegellátás minőségét, miközben fenntartják az intézményi stabilitást és a szükséges szabályozottságot (Simon, 2019).

Fentebbiekhez hasonlóan az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által összeállított minőségbiztosításra vonatkozó szempontrendszer négy tényezőből áll: technikai minőség, erőforrás-felhasználás, kockázatmenedzsment, és a páciensek vagy betegek elégedettsége (WHO Working Group, et al. 1989). Ezek összefüggenek egymással és egységesen kezelendők. Például a technikai minőség javítása általában közvetlen hatást gyakorol a betegek elégedettségére (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988), míg az erőforrások hatékony felhasználása a kockázatok csökkentésében játszhat kulcsfontosságú szerepet. (Needleman et al., 2011).

A szűrőprogramok hatékonyságának vizsgálatával párhuzamosan, a főbb mérföldköveket tekintve, 1960-tól kezdődött meg az adatdigitalizáció szélesebb körű elterjedése, amikor az adatok már egyre inkább digitális formában kerültek rögzítésre és feldolgozásra (Patel et al., 2008; Kaul, Enslin, & Gross, 2020). 1956-ban megjelent a mai értelemben vett "mesterséges intelligencia" mint kifejezés a tudományos közegben, majd 1970-től az egészségügy területén is számos alkalmazási lehetőség vizsgálata kezdődött meg (Angyal, Bertalan, Domján & Dinya, 2024; Patel et al., 2008; Kaul et al., 2020). Az egészségügy digitalizációja napjaink egyik legnagyobb kihívása (Meskó et al., 2017). A modern medicinában világszerte egyre inkább a megelőzésen van a hangsúly (Györffy, 2019).

Digitális egészségügyi skill-labor funkció alatt olyan gyakorló központot vagy oktatási helyszínt értünk, ahol az egészségügyi

dolgozók és hallgatók fejleszthetik digitális készségeiket, valamint megismerhetik és elsajátíthatják a digitális egészségügyi eszközök használatát. A digitális egészségügyi megoldások népszerűsítése alatt pedig olyan tevékenységeket értünk, amelyek célja, hogy felhívják a figyelmet a digitális egészségügyi technológiák előnyeire, valamint ösztönözzék azok széleskörű alkalmazását a lakosság és az egészségügyi szakemberek körében.

Jelen tanulmány célja a 2023-as „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségédukációs program digitális egészségüggyel kapcsolatos szervezési szempontjainak és működési tapasztalatainak a bemutatása, kiemelten kezelve az emberierőforrás-igényeket, a kommunikációs és folyamatszintű aktivitásokat. Ezzel a tanulmánnyal és működési koncepcióval azt kívántuk bemutatni, hogyan szolgálhat egy ilyen mobil program kiváló kommunikációs eszközként a lakosság számára, miközben digitális egészségügyi központként is funkcionál. Célunk volt továbbá, hogy felhívjuk a figyelmet arra, miként lehet a digitális megoldásokat hatékonyan integrálni és működtetni az egészségügyi szűrőprogramok keretében, kitérve a digitális eszközök alkalmazására, a mesterséges intelligencia által támogatott megoldások használatára és a digitális egészségügyi skill-labor funkció kiépítésére.

MÓDSZERTAN

A szűrőprogramon résztvevők szociodemográfiai adatait (nem, életkor, lakóhely) személyazonosító igazolványuk, lakcímkártyájuk és TAJ-azonosítójuk alapján rögzítették a regisztrációt végző munkatársak a megvalósításban közreműködő intézményeinknél (OKFŐ, NNGYK) rendelkezésre álló kórházi medikai rendszerekbe, valamint az ESZFK Egészséginformatikai

Szolgáltató és Fejlesztési Központ által fejlesztett és üzemeltetett, díjmentesen használható, webes technológiával rendelkező medikai alkalmazásba, a miniHIS-be. Az elemzésekhez felhasznált adatok anonim módon lettek az adatfeldolgozást és elemzést végző kollégák rendelkezésére bocsátva. A résztvevők a regisztráció során a GDPR adatvédelmi nyilatkozatot tudomásul vették és elfogadták azt. Az innovatív digitális szájjüregi vizsgálat – mint skill-labor – keretein belül szájszkennerelés (3Shape Trios @ 5 POD EDU – hordozható szájszkennerrel) és fotódokumentáció történt.

Bemeneti indikátorként a szűrőprogram megvalósítóit vettük figyelembe az Egészségpart Balatonalmádi helyszínére vonatkozóan. Háttérintézmény és partnerszervezet szerint csoportosítva, egyrészt a megvalósítók számát, másrészt a tevékenységi köröket feltüntetve elemeztük az emberierőforrás-igényt, illetve az agilis együttműködés szempontjait. Folyamatindikátorként a programelemek elrendezését vizsgáltuk Balatonalmádira vonatkozóan. Kimeneti indikátorként a három alkalmon résztvevők számát, megoszlását vizsgáltuk lakóhelyük szerint, illetve a szájjüregi szűrés mint skill-labor hasznosságát térképeztük fel.

A szervezéshez szorosan kapcsolódó, a szűrőprogram során alkalmazott kommunikációs és disszeminációs stratégiákat is elemeztük, funkcionalitásukat szerint: tájékoztatás, elérés és visszajelzés. A tájékoztatás keretében a helyszíni tájékoztató jellegű tevékenységeket, illetve a disszeminációs céllal megjelent TV adásokat és internetes média megjelenéseket vettük figyelembe. Az elérés esetében a helyi strandokon és közösségi tereken megjelent hirdetéseket, plakátokat, illetve a közösségi oldalak elérését vizsgáltuk. A visszajelzések esetén a három szűrési alkalomhoz kapcsolódó Facebook ese-

mény eredményeit vettük alapul. A tájékoztatás, helyszíni elérés és a visszajelzés esetében az idei szűrőprogram alkalmait, míg az internetes elérés esetében a Facebook, Instagram és az Egészségpart honlap adatait vettük figyelembe 2023. május – október között.

Az Egészségpart 2023 szűrőprogramon regisztrált résztvevők szociodemográfiai jellemzői (nem, életkor, lakóhely) esetében megoszlást, átlagot és szórást számoltunk. Az adatok feldolgozását az SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illions, USA) programcsomag segítségével végeztük el. A szűrőprogram elemeinek elrendezését Balatonalmádira vonatkozóan ábrán illusztráltuk, illetve a részvétel menetét pedig leíró jelleggel mutattuk be. A megvalósítók körének leíró statisztikai elemzése esetében résztvevői elemszámot, valamint hálózatelemzési technikát alkalmaztunk a 2023-as megvalósító partnerek közötti kapcsolatok és azok tevékenységi köreinek vizsgálata érdekében. A kommunikációs aspektusok esetében az eredményeket ábrán illusztráltuk.

EREDMÉNYEK

Az „Egészségpart” programot a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT) indította el a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (SE EMK) szakmai támogatásával 2021 nyarán. A 2021–2023. évek között megvalósult programok értékelését elvégeztük (Pénzes et al., 2024). A program-sorozat a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) és az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) mobil egészségügyi szűrőegységeivel, szűrőbuszokkal valósult meg. Az NNGYK az Egészségügyi Tudományos Tanács, Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyével rendelkezik (IV/2395-3/2022/EKU). A program lebonyolítása össz-

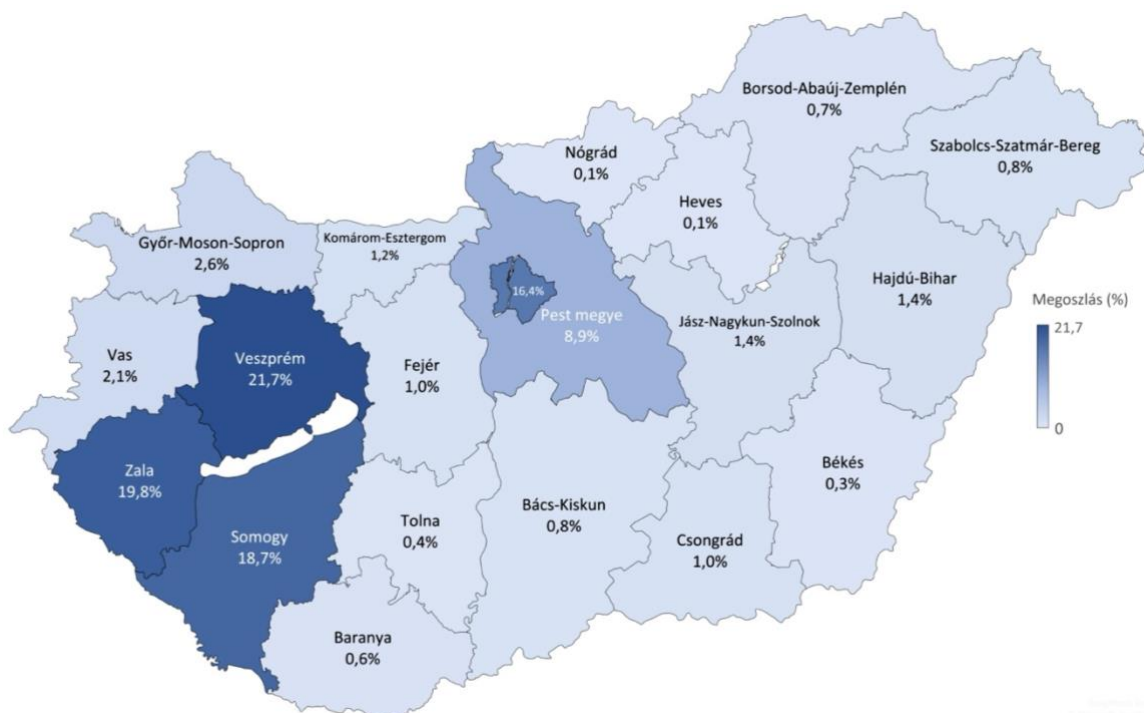
hangban van a betegségteher hosszútávú és a halálozás közép és rövidtávú mérésére vonatkozó legígéretesebb ajánlásokkal, amelyek a betegségmegelőzés és a szűrővizsgálatok fontosságát, illetve a technológiai fejlesztések irányát, a mesterséges intelligencia egyre nagyobb térnyerését is kiemelik (Balogh et al., 2022; Magyar Lelkiállapot 2021 – Tanulmánykötet, 2023; Bertonecello et al., 2020). A program célja – összefoglalásképpen – az volt, hogy a nyári hónapokat a Balatonnál töltő magyar felnőtt lakosság számára ingyenes egészségügyi szűréseket, életmód tanácsadást és egészségedukációt biztosítson a betegségek megelőzése, korai felismerése és az egészségtudatosság javítása érdekében (Pénzes et al., 2024).

A 2023-as Egészségpart szűrőprogram 3 helyszínen, alkalmanként 3 napon át tartott. Július 7-től 9-ig Balatonbogláron N = 226 fő, a július 21–23-i hétvégén Balatonalmádiban N = 266 fő, valamint augusztus 11-től 13-ig Gyenesdiáson N = 235 fő vett részt a szűrőalkalmakon.

A szűrőprogramon összesen 727 főként munkaképes korú, Balaton környéki lakos vett részt. A résztvevők 60%-a nő, átlagéletkoruk pedig 54,2 év (SD = 15,82) volt (Pénzes et al., 2024). A digitális szájiüregi szűrés keretében szájszkennelés és fotódokumentáció 209 fő esetében történt. A résztvevők több, mint fele (60,2 %) a Balaton környékéről, Veszprém, Somogy vagy Zala vármegyei lakóhelyről érkezett a szűrőprogramra, megközelítőleg negyedük (25,3 %) pedig Pest vármegyéből és a fővárosból. [1. ábra]

A szűréseken való részvétel minden esetben regisztrációval kezdődött, amely során a programról szóló tájékoztatásra, a személyes adatok és az anamnézis felvételére, illetve egy életmódi kockázatfelmérő kérdőív kitöltésére került sor. A kötelező regisztrációt követően a résztvevők eldönthették, hogy mely vizsgálatokon szeretnének részt venni, a szűrések, illetve edukációs programelemek és az ezeken való részvétel sorrendje választható volt.

1. ábra: A 2023-as „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségedukációs programsorozat résztvevőinek lakóhely szerinti megoszlása. (Forrás: saját szerkesztés)

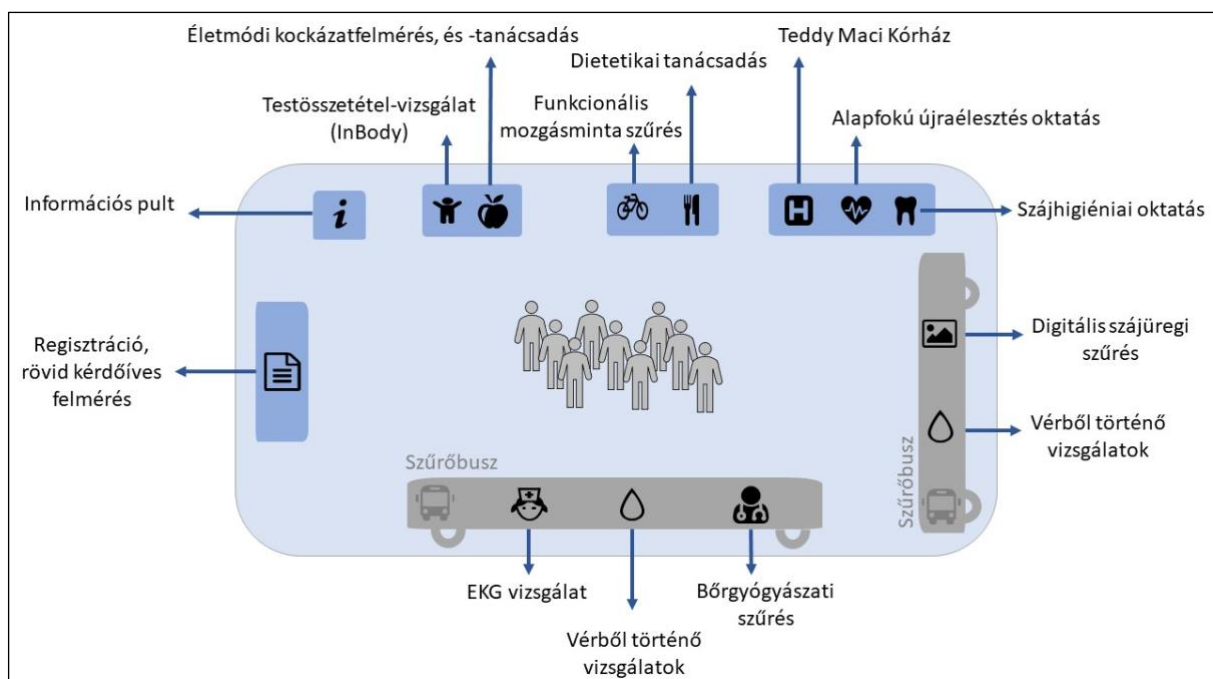


A testösszetétel-vizsgálat keretén belül a résztvevők testzsírszázalékát, izom-, csonttömegét és testvíztartalmát mérték meg testösszetétel-analizátor (InBody 270) készülékkel. A testösszetétel-vizsgálat után volt ajánlott az életmódi kockázatfelmérésen és -tanácsadáson való részvétel, amely során a szakértők az InBody készülék mérési eredményeit és a résztvevők életmódi szokásait elemezték, beleértve a táplálkozást, a stressz szintet, az alkoholfogyasztást, a testmozgást és a dohányzást. A tanácsadás keretében a dohányzásról való leszokás támogatása érdekében rövid intervenció is megvalósult. A gyors tesztek során kapilláris vérből vércukorszint-, koleszterinszint-, trigliceridszint-meghatározás történt, majd vérnyomás- és pulzusmérésen vehettek részt az érdeklődők. A rizikó korosztályba tartozó férfiak esetében vérből történő PSA-szint mérés is történt. Mindemellett dietetikai tanácsadáson, digitális szájüregi szűrésen, bőrgyógyászati (dermatoszkópos anyajegy) szűrésen, funkcionális mozgásminta szűrésen, indikáció fennállása esetén EKG vizsgálaton mérhették fel az érdeklődők az aktuális egészségi állapotukat.

A Teddy Maci Kórház keretein belül a gyermekek játékosan tanulhatták meg egészségünk alapjait. Az alapfokú újraélesztés oktatás során a felnőtteken alkalmazandó, illetve a kisgyermeken, csecsemőkön történő szakszerű újraélesztést mutatták be az orvostanhallgatók. A fogorvostanhallgatók a szájhygiéniai oktatás keretein belül többek között a megfelelő fogkefekeverést és a helyes fogmosási technikát ismertették az érdeklődőkkel (Pénzes et al., 2024).

A program megvalósítása során a szervezők kiemelten figyeltek arra, hogy mindazok a vizsgálatok, amelyek magasabb fokú intimitást igényelnek, a szűrőbuszokban valósuljanak meg, míg a többi esetben pedig nyitott sátor biztosította a nyári időjárásból eredő kockázatokkal szembeni védelmet. Amennyiben a résztvevőknek kérdésük merült fel, az információs pultnál volt lehetőségük további tájékoztatást kérni. Minden szűrési eset után, fennálló kockázat esetén, az orvosok felhívták a figyelmet a magasabb szintű egészségügyi ellátás szükségességére. A fentebb ismertetett szűrővizsgálati és edukációs programelemeket a 2. ábrán illusztráljuk.

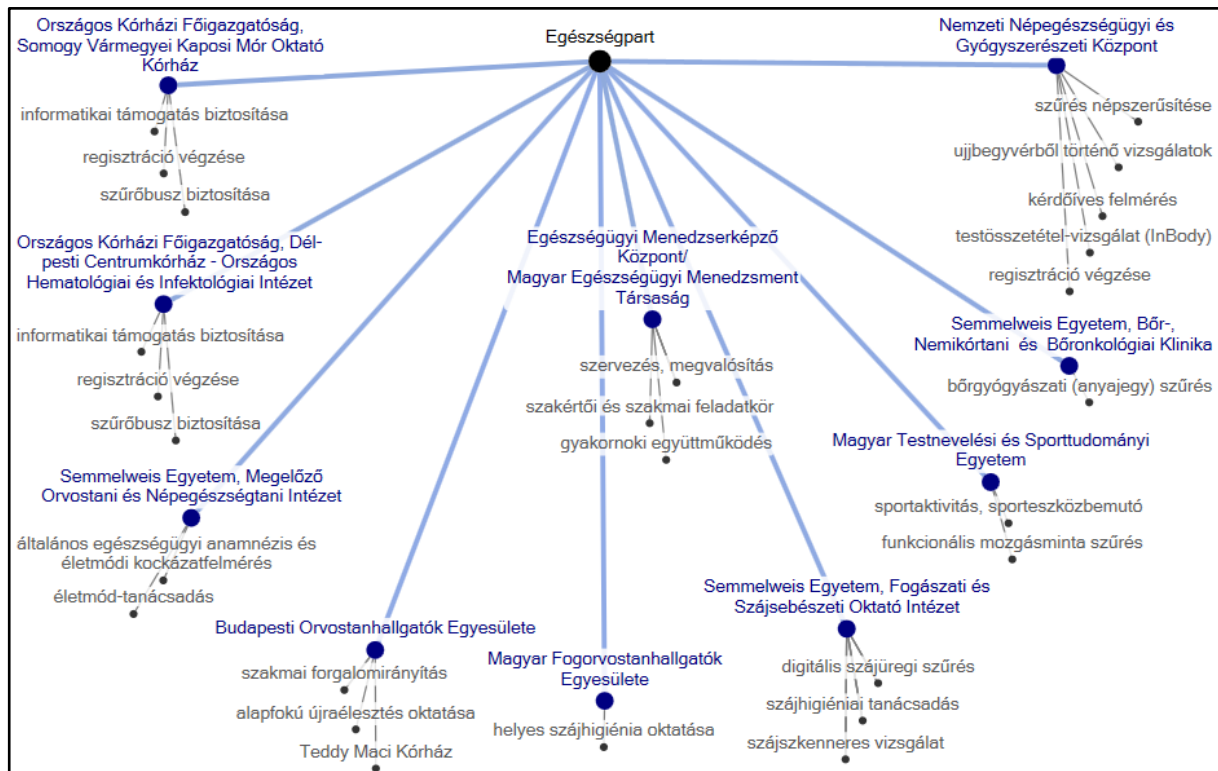
2. ábra: A 2023-as „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségdukációs programsorozat felépítése – Balatonalmádi (Forrás: saját szerkesztés)



Az „Egészségpart 2023” összeállítása számos szervezési és koordinációs feladatot igényelt. A programelemek sokszínűsége interdiszciplináris, agilis együttműködést igényelt a megvalósítók között. Összesen 11 együttműködő szervezet és napi szinten átlagosan 31 szakértő vett részt a megvalósításban. A partnerek különböző szakterületet és tevékenységi köröket láttak el, amelyek közül az OKFŐ felelt a szűrőbuszok biztosításáért, valamint részben az informatikai támogatásért, beleértve a bőrgyógyászati, a belgyógyászati és a fogászati regisztráció megvalósítását. Az EMK és a MEMT esetében a szervezői, szakértői, szakmai és a program megvalósítói feladatokban kaptak szerepet. Az NNGYK munkatársai az invazív tesztek, a teljes programra történő regisztrációt, a kockázatfelmérő kérdőív felvételét, valamint a testösszetétel-vizsgálatot és a népegészségügyi szűrésekkel kapcsolatos tájékoztatást végezték. [3. ábra] Ahhoz, hogy az agilis, rugalmas együttműködés

megvalósuljon, kétféle csapatra volt szükség. Az egyik csapat a szervezési és gyakorlati megvalósításhoz kapcsolódó feladatokat és funkciókat szimultán (az Egészségpart 2023 szűrőprogram esetében: MEMT, EMK munkatársai), a másik pedig projekt alapon egy-egy specifikus munkafeladatot látott el. Az egyes szervezetek, mint például az OKFŐ és az NNGYK vagy egyes Semmelweis Egyetemi Karok csak rövidebb időintervallumra és előre meghatározott keretrendszer szerint, projektszerűen működtek együtt a többi szervezettel (Simon, 2019; Bakacsi, 2015). Az együttműködő partnerek között az agilis együttműködésen alapuló csapatmunka sikeresen megvalósult, az agilitás elősegítette a gyors alkalmazkodást a környezeti igényekhez és a hatékony problémamegoldást, a rugalmas csapatmunka és az interaktív fejlesztési folyamatok által. Az alábbi ábrán a 2023-as Egészségpart partnerei és a kapcsolódó szakmai tevékenységek láthatók. [3. ábra]

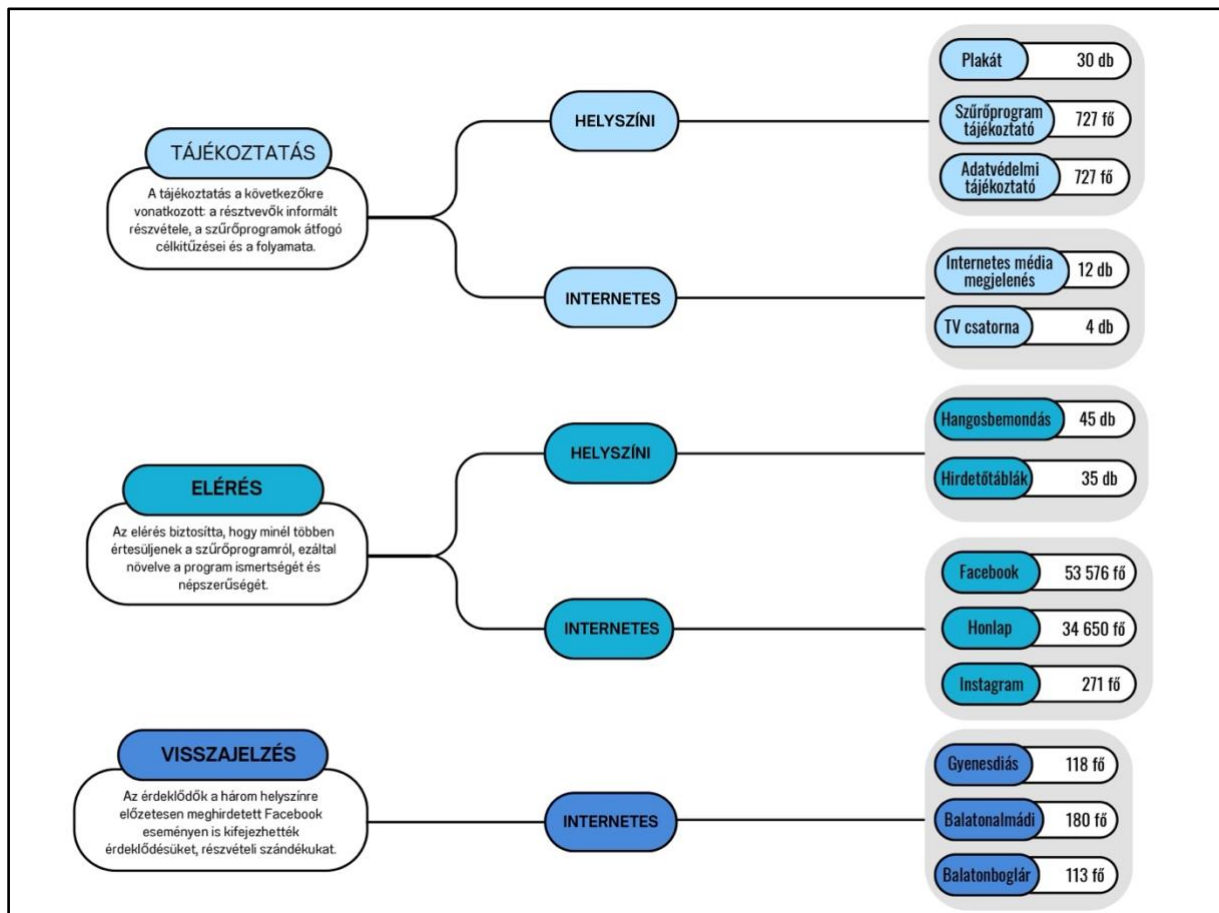
3. ábra: A 2023-as Egészségpart szűrőprogram sorozat megvalósítói és tevékenységi köreik.
(Forrás: saját szerkesztés)



A 4. ábrán a kommunikációs és disszeminációs eszközökön alapuló főbb eredmények láthatóak funkcionalitásuk (tájékoztatás, elérés és visszajelzés) szerint csoportosítva. Minden résztvevő részletes tájékoztatást kapott a szűrőprogram menetéről, valamint az adatvédelemre vonatkozó szabályokról. Emellett fontos megemlíteni, hogy az érdeklődők a helyszínen a strandok hangosbemondóján és a hirdetőtáblákra kihelyezett plakátokon keresztül értesülhettek az események pontos helyszíneiről, időpontjairól, vala-

mint a szűrővizsgálati lehetőségekről. Internetes elérés keretén belül a Facebook, Instagram és a honlap tartalmai keltették fel a figyelmet a szűrőprogram alkalmaira. A három helyszínhez tartozó Facebook esemény visszajelzései megmutatták az érdeklődést és a részvételi szándékot az egyes alkalmakkal kapcsolatban. Amint a 4. ábrán részletesen ismertetjük, a Facebook oldalon több mint ötvenezer „elért” felhasználóról számolhatunk be, míg az esemény honlapján a számuk meghaladta a harmincezret.

4. ábra: A program kommunikációs és disszeminációs eszközei 2023-ra vonatkozóan.
(Forrás: saját szerkesztés)



A program keretein belül megvalósult skill-labor egy olyan korszerű és magas színvonalú eszközökkel felszerelt egység, ahol az egészségügyi szakdolgozók, valamint az orvos- és fogorvostanhallgatók valóság-hű körülmények között, gyakorlatban

sajátíthatják el az innovatív technológiák használatát, és a különböző beavatkozásokat. Összesen több mint 20 fogorvos és fogorvostan-hallgató vett részt a skill-laborban, illetve 209 digitális lelet készült el a közreműködésükkel. A fogorvostan-

hallgatók valós körülmények között kaptak elméleti és gyakorlati szakmai tanácsokat a szájrégi vizsgálatokra vonatkozóan. Az alkalmazott 3Shape Trios® 5 POD EDU szájszkenner egy úttörő eszköz, amely mesterséges intelligencia révén új alapokra helyezheti a fogászati lenyomatvételt és a dentálhigiéniai szűrést. A vizsgálat mindössze pár percet igényelt, a szkenner fejét a fogsorok mentén mozgatva a kamera több ezer képet rögzít, amelyeket a beépített szoftver egyesít, így létrehozva egy háromdimenziós digitális modellt a

fogakról és az ínyről. Összességében a digitális egészségügyi mobil pilot központ három szempontból valósult meg. A jelen és jövő fogorvosai megismerhették és elsajátíthatták az innovatív eszköz használatát, a páciensek befogadóképessége a pozitív élmény végett vélhetően növekedett, illetve a digitális felvételek lehetőséget biztosítanak a mesterséges intelligencia algoritmus fejlesztésére a diagnosztika optimalizálása érdekében. A digitális szájrégi 3D képfelvétel és a digitális szájrégi szűrés az 5. ábrán látható.

5. ábra: A digitális szájrégi vizsgálat, 3Shape Trios® 5 POD EDU - hordozható szájszkenner alkalmazásával. (Forrás: Egészségpart – 2023-as helyszíni fotók)



MEGBESZÉLÉS

Az Egészségpart programsorozat a Balatonnál nyaraló, főként munkaképes korú magyar felnőttek számára biztosít ingyenes szűréseket, életmód-tanácsadást és egészségedukációt a betegségek korai felismerése és az egészségműveltség javítása érdekében. Jelen vizsgálat keretében a 2023-as Egészségpart szervezési aspektusait, emberierőforrás-allokációját, fejlesztési lehetőségeit és a felhasznált oktatási, kommunikációs módszereit elemeztük, ezáltal egy keresztmetszeti képet kaptunk a szűrőprogramról.

Az Egészségpart szervezési és megvalósítási folyamata a korábbi évek (2021, 2022) tapasztalatai, valamint a résztvevők és a szervezők visszajelzései alapján folyamatos fejlesztés alatt áll. Az évek során enyhe növekedés figyelhető meg a

férfi résztvevők arányában (Pénzes et al., 2024). A program során a szakemberek különös hangsúlyt fektettek a magas kockázatú résztvevők további egészségügyi ellátásba irányítására, valamint egészségtudatosságuk fejlesztésére (Szász, 2010). A digitális megoldások egyre fontosabb szerepet játszanak a program működésében, például a résztvevők adatainak gyűjtése és elemzése révén, valamint az egészségi állapotuk digitális nyomon követése során.

Az 1. ábrán látható a 2023-as szűrőprogram résztvevőinek lakóhely szerinti megoszlása, amelyből jól kirajzolódik, hogy a program elsősorban a Balaton környéki, helyi lakosokat vonzotta. Úgy gondoljuk, hogy a program jó híre elterjedt a helyi lakosok körében, ezért évről évre egyre többen térnek vissza a szűrő alkalmakra.

A szervezésre vonatkozóan a 2. ábrán ismertetett programhelyszín és a programmelemek elrendezése az adott környezetre specifikált, más helyszínre direkt módon történő alkalmazása nem javasolt, mivel különböző helyszínek eltérő adottságokkal és kihívásokkal járhatnak (pl. térbeli elrendezés, infrastruktúra). Az illusztráció inkább iránymutatásként szolgál, tartalmazva a legfontosabb elemeket.

Emberi erőforrás szempontból vizsgálva a 2021-es és a 2022-es Egészségpart megvalósítását, azt tapasztalhatjuk, hogy az utóbbi évekhez viszonyítva a 2023-as szűrőprogram sorozaton volt a legnagyobb az emberierőforrás-igény. Míg 2021-ben 23 fő, 2022-ben 18 fő, addig 2023-ban már 31 fő vett részt átlagosan napi szinten a program megvalósításában. Megállapítható, hogy a program megvalósítás terén több, mint duplájára nőtt a szakmai együttműködők száma. 2021 és 2022-ben 4, 2023-ban pedig már 9 szakmai partnere volt a programnak, így az a tendencia figyelhető meg, hogy az évek során lehetőség nyílt a szakmai program bővülésére (Pénzes et al., 2024).

A média felületeken az elérések, illetve a visszajelzések száma alátámasztja a program népszerűségét és a közönség érdeklődését. A tudatosan tervezett kommunikációs és disszeminációs eszközök hatékonynak bizonyultak a tájékoztatásban. A magas látogatottság mellett fontos volt a visszajelzések figyelembevétele is, hiszen ezek segítségével értékelhetjük a tartalom hatékonyságát és a közönség igényeit, lehetőséget teremtve a további fejlődésre és személyre szabott kommunikációra.

A digitális egészségügy kapcsán kiemeljük, hogy az egészségügy adatgazdag terület, az adatokból pedig sok értékes információ nyerhető, viszont ehhez szükséges az adatok integrált, strukturált meg-

léte (Boromisza, 2020). Az adatfúzió lényege, hogy több különböző forrásból származó adatot egyesítve pontosabb, átfogóbb információt biztosít, ami megbízhatóbb diagnózisokat és személyre szabottabb kezelési terveket eredményezhet. Ez a módszer különösen fontos lehet például a krónikus betegségek kezelésében, azonban a nagy nemzeti egészségügyi adattal rendelkező adatbázisokat integrálva lehetőség lenne arra, hogy a mobil szűrőprogramokon ismertté váljon a betegtörténet és a betegéletút. Ezzel elősegíthetjük, hogy jobban rálássunk a programon részt vevő beteg korábbi viselkedésére: például, hogy milyen gyakran vett részt szűrővizsgálatokon, mennyire tartotta be az előírt gyógyszeres kezeléseket, illetve milyen okok akadályozták meg, ha nem követte az orvosi utasításokat. Ezek az adatok nemcsak az adott beteg egészségének javításában játszanak nagy szerepet, hanem az egészségműveltség formálásában is, hiszen a prevenció célja az, hogy a lakosság nagyobb hangsúlyt fektessen az egészséges életmódra és az egészségmegőrzésre. Az egészségügyi szakemberek a beteg kórtörténetének, kockázatainak és egészségi állapotának ismeretében személyre szabott beavatkozásokat alkalmazhatnának.

A különböző egészségügyi technikai újításokkal párhuzamosan a skill-labor egy kiváló innovációs eszköz az egyetemi oktatásban. A program során olyan technológiai megoldásokat, digitális eszközöket is alkalmaztunk, amelyek működését már mesterséges intelligencia segíti és támogatja (pl. szájszkenner). A skill-labor a program keretében sikeresen megvalósult, azonban ahhoz, hogy az oktatás terén szélesebb körben alkalmazhatóvá váljon, további adatokra van szükség a folyamatok és eredmények általánosíthatósága érdekében. A skill-labor, amely gyakorlati készségek és interaktív tanulási élmények biztosítását célozza, lehetővé tenné a

hallgatók számára, hogy az elméleti tudás mellett gyakorlati, azonnal alkalmazható készségeket is szerezzenek. Ezáltal elmondható, hogy a készségszintű oktatás alapvető fontosságú a széleskörű orvosi képzéshez, hiszen mélyebb klinikai tapasztalatot sajátíthatnak el a medikusok, illetve jobb megértést biztosít, mint egy általános egyetemi előadás (Upadhyay, 2017). A skill-labor implementálása az oktatásba jelentős hasznosulással járhatna, hiszen például a londoni King's College egyetem hallgatói – saját bevallásuk alapján – nem kapnak elegendő technikai oktatást és lehetőséget a gyakorlásra a képzésük alatt (Seale, Knoetze, Phung, Prior, & Butchers, 2018).

Kiemeljük, hogy az Egészségparthoz kapcsolódóan az előzetes vizsgálatokban az emberi erőforrás menedzsment, az agilis együttműködés és a kommunikációs folyamatszervezési aspektusok elemzése csak részlegesen valósult meg. Az Egészségparthoz hasonló szűrőprogramokat is vizsgálva – tudomásunk szerint – ez az első olyan közlemény, amely folyamat- és menedzsmenthangsúlyos. A legtöbb publikáció ezzel szemben longitudinális megközelítést alkalmaz, vagy a szűrővizsgálati leletek elemzését mutatja be (Pénzes et al., 2024; Barna et al., 2023; Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2024; Karácsony et al., 2023).

A program sikeresen megvalósult a bevezetőben ismertetett WHO-keretrendszer alapján (WHO Working Group, et al., 1989) rugalmas és együttműködő módon. Meglátásunk szerint azok a hazai szűrőprogramok, amelyek gyorsan reagálnak a változásokra és a digitalizációra épülnek, fontos információkkal gazdagítják az egészségügyet. Ezek a stratégiák a betegközpontúbb, koordináltabb és hatékonyabb egészségügyi ellátási rendszer felépítéséhez alapvetően fontosnak bizonyulnak (Mitchell et al., 2012). Az agilis

együttműködés bevezetése ugyanakkor számos kihívást jelent a szervezetek számára (Sindhvani et al., 2019), mint például a kulturális ellenállás kezelése, a csapatinamika kialakítása és az új teljesítmésmérési módszerek kidolgozása, amelyek elengedhetetlenek a sikeres átálláshoz.

KÖVETKEZTETÉSEK

Következtetésképpen megállapítható, hogy az agilis együttműködés kulcsfontosságú a pilot központ és a szűrőprogramok sikeres megvalósításához. A megvalósító partnerek és az emberierőforrás-allokáció éves frissítése elengedhetetlen, mivel a több résztvevő intézmény szervezési és pénzügyi szempontból is jelentős többletterheket róhat a szervezőkre (Pénzes et al., 2024).

A résztvevők lakóhely szerinti megoszlása alapján arra következtethetünk, hogy a szűrőprogram leginkább a Balaton körüli, helyi lakosokat szólította meg sikeresen. A program jó hírének terjedése és a visszatérő résztvevők elmondása alapján, a helyi közösség pozitívan értékeli az eseményt, így a program iránti érdeklődés várhatóan tovább fog erősödni a Balaton környéki lakosok körében.

A jövőben módszertanilag indokolt lenne egy online kérdőíves felmérés megtervezése és bevezetése, amely adatokat gyűjt a résztvevők program utáni elégedettségéről, észrevételeiről, valamint a szervezők és a területi egységek vezetőinek értékeléséről. Ezzel biztosítható lenne, hogy a szűrőprogram minősége több szempont alapján is megbízható módon értékelhetővé váljon.

Fontos lenne továbbá az egyes szűrőprogramok költséghatékonyságának alapos vizsgálata is, hogy a források felhasználása minél optimálisabb legyen.

A skill labor egyetemi szintű képzésbe való beépítése hozzájárulna a munkaerőpiacon versenyképesebb, felkészültebb szakemberek képzéséhez. Az adatfúziós módszertan egészségügyben való alkalmazása pedig jelentős javulást hozhatna a betegellátás minőségében és hatékonyságában.

Egy adatvezérelt algoritmus bevezetése a fogászati diagnosztika hatékonyságának növelése érdekében indokoltnak bizonyulhat. A jövőben egy adatfúziós fejlesztési irány az EESZT-be való direkt adatközlés

megteremtése lehetne, hogy az adatok strukturáltan álljanak rendelkezésre, és ezáltal komplex feldolgozásuk megvalósulhasson. A jövőben ezen adatok és a programsorozatunkban megjelenő kockázati kérdőív adatainak integrálásával lehetőség nyílhat a beteg kórtörténetének komplexebb elemzésére. A mesterséges intelligencia bevonásával predikciós modellek építhetők, amelyek segíthetnek a betegségek korai felismerésében és a személyre szabott prevencióban.

HIVATKOZÁSOK

- Andermann, A., Blancquaert, I., Beauchamp, S., & Déry, V. (2008). Revisiting wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(4), 317–319. <https://doi.org/10.2471/blt.07.050112>
- Angyal, V., Bertalan, Á., Domján, P., & Dinya, E. (2024). ScreenGPT – A mesterséges intelligencia alkalmazásának lehetőségei és korlátai a primer, szekunder és terciér prevencióban. *Orvosi hetilap*, 165(16), 629–635. <https://doi.org/10.1556/650.2024.33029>
- Bakacsi, G., (2015). A szervezeti magatartás alapjai: alaptankönyv Bachelor hallgatók számára. Semmelweis Kiadó, Budapest 2015 ISBN 978-963-331-313-8
- Balogh, J., Szócska, M., Palicz, T., Kontsek, E., Pollner, P., Varga, G., Ugrin, I., Davidovics, K., & Joó, T. (2022). A mesterséges intelligencia alapú megoldások fejlesztése és bevezetése az egészségügyben – kézműves manufaktúrától a gyártósról? *IME – Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja*, 21(2), 56–63. <https://doi.org/10.53020/ime-2022-206>
- Barna, I., Balogh, Z., Daiki, T., Halmy, E., Egervári, Á., Kékes, E., Majoros, A., Nagy, Z. Z., Németh, J., Szóts, G., Szűcs, Z., & Dankovics, G. (2023). Magyarország Átfogó egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010–2022. *Lege Artis Medicinae*, 33(Különszám), 1–44. <https://doi.org/10.33616/lam.33.s10001>
- Bertoncello, C., Cocchio, S., Fonzo, M., Bennici, S. E., Russo, F., & Putoto, G. (2020). The potential of mobile health clinics in chronic disease prevention and health promotion in universal healthcare systems. An on-field experiment. *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01174-8>
- Boromisza, P., (2020). A Semmelweis Egyetem, mint a mesterséges intelligencia motorja az egészségügyben. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*. 2020; 19(1): 34–35. <https://www.imeonline.hu/tmp/4164f484a1dfe9a845bd44801ed4ea67.pdf>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Eurostat, (2024). Life expectancy at birth by sex. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en&category=demo_demo_mor
- Györffy, Z. (2019). E-páciensek és digitális gyógyítók. *Magyar Tudomány*. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.6>
- Karácsony, I., Tamás, R. B., Egri, C. Á., Fürtös, V. D., Szöllősi, G. J., & Surján, O. (2023). A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program 2021. évi adatainak összegzése. *Orvosi Hetilap*, 164(27), 1070–1076. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32763>
- Kaul, V., Enslin, S., & Gross, S. A. (2020). History of artificial intelligence in medicine. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(4), 807–812. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.06.040>

- Központi Statisztikai Hivatal: European Health Interview Survey (EHIS) We can do for our health. [Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) Tehetünk az egészségünkért.] 2019; https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/ido-szaki/elef/te_2019/index.html (Megtekintve: 2024.01.08.)
- Magyar Lelkiállapot 2021 – tanulmánykötet. (2023, January 25). <https://semmelweis.hu/magtud/2023/01/25/magyar-lelkiallapot-2021-2/>
- Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010–2020– 2030.: Programtájékoztató. 2024 <https://egeszsegprogram.eu/program-tajekoztato> (Megtekintve: 2024.02.05.)
- Majd, S., & Majd, Z. (2023). Agile management in healthcare system. Integrated Research in Health and Disease Journal. 1. 21–31. ISBN: 2981–9229
- Maxwell, R. J. (1984). Quality assessment in health. BMJ, 288(6428), 1470–1472. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6428.1470>
- Meskó, B., Drobni, Z., Béneyi, É., Gergely, B., & Györffy, Z. (2017). Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. mHealth, 3, 38. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2017.08.07>
- Mitchell, P. H., Wynia, M. K., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., & Von Kohorn, I. (2012). Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. NAM Perspectives, 2(10). <https://doi.org/10.31478/201210c>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. New England Journal of Medicine, 364(11), 1037–1045. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1001025>
- Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., Berry L. (1988). SERVQUAL A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing. 64. 12–40.
- Patel, V. L., Shortliffe, E. H., Stefanelli, M., Szolovits, P., Berthold, M. R., Bellazzi, R., & Abu-Hanna, A. (2008). The coming of age of artificial intelligence in medicine. Artificial Intelligence in Medicine, 46(1), 5–17. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2008.07.017>
- Pénzes, M., Mikesy, G., Kenesei-Kalló, A., Jóni, A. D., Lengyel, L., Tamás, R. B., Egri, C. Á., Gál, V., & Joó, T. (2024). „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészség-educációs programsorozat: a 2021–2023. évek között megvalósult programok értékelése. IME – Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja, 23(1), 39–48. <https://doi.org/10.53020/ime-2024-106>
- Seale, J., Knoetze, M., Phung, A., Prior, D., & Butchers, C. (2018). Commencing technical clinical skills training in the early stages of medical Education: Exploring student views. Medical Science Educator, 29(1), 173–179. <https://doi.org/10.1007/s40670-018-00657-2>
- Simon, H., (2019) Hogyan hozzunk létre agilis vállalkozást a digitális korban?, Pallas Athéné Könyvkiadó, Magyarország, ISBN 9786155884443
- Sindhwani, R., Singh, P. L., Prajapati, D. K., Iqbal, A., Phanden, R. K., & Malhotra, V. (2019). Agile System in Health Care: Literature review. In Lecture notes in mechanical engineering (pp. 643–652). https://doi.org/10.1007/978-981-13-6412-9_61
- Szász, O., Lengyel, Zs., Hampel, Gy., Battyáni, Z., Szalai, G., Battyáni, I., (2010). Komplex, mobil szűrés során szerzett tapasztalataink melanoma és non-melanoma bőrtumorok vonatkozásában a Dél-Dunántúl régióban. IME. 2010; 9(2): 42–44.
- Upadhyay, N. (2017). Clinical training in medical students during preclinical years in the skill lab. Advances in Medical Education and Practice, Volume 8, 189–194. <https://doi.org/10.2147/amep.s130367>
- Vollset, S. E., Ababneh, H. S., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbasgholizadeh, R., Abbasian, M., Abbastabar, H., Magied, A. H. a. a. A., ElHafeez, S. A., Abdelkader, A., Abdelmasseh, M., Abd-Elsalam, S., Abdi, P., Abdollahi, M., Abdoun, M., Abdullahi, A., Abebe, M., Abiodun, O., Aboagye, R. G., . . . Murray, C. J. L. (2024). Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet, 403(10440), 2204–2256. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00685-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00685-8)
- WHO Working Group, Bohigas, L., Heyrman, J., Jessee, W. F., Jolly, D., Net i Castel, A., Nadal, J., Pelkonen, R. M., Perraro, F., Piulachs, M. T., Reerink, E., Reizenstein, P., de Schouwer, P., Selbmann, H. K., Sheldon, M. G., Simunic, M., Suñol, R., Vuori, H., & Owen, J. W. (1989). THE PRINCIPLES OF QUALITY ASSURANCE. Quality Assurance in Health Care, 1(2/3), 79–95. <http://www.istor.org/stable/45124219>
- Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>

TÁMOGATÁS

A program lebonyolítását és a tanulmány elkészítését az Adatvezérelt Egészség Divízió – Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium projekt (azonosítószám: RRF-2.3.1-21-2022-00006) keretében a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal, valamint az Új Nemzeti Kiválósági Program, a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-23-1-I-SE-10 támogatta.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerzők köszönetüket fejezik ki az "Egészségpart" közreműködőinek: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ; Országos Kórházi Főigazgatóság; Dél-pesti Centrumkórház; Somogy Vármegyei Kaposi Mór Oktató Kórház; Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikája, Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézete, Megelőző Orvostani és Népegészségtani Intézete; Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete; Magyar Fogorvostan-hallgatók Egyesülete; Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem; Dr. Dózsa Katalin Mária – háziorvosnak; valamint a Dunántúli Regionális Vízmű Zrt-nek. A szerzők köszönetüket fejezik ki Dr. Pénzes Melindának a tanulmány szakmai és módszertani véleményezésében nyújtott segítő közreműködéséért, továbbá Dr. Pollner Péternek a hálózatos adatfeldolgozásban nyújtott iránymutatásáért, valamint a Semmelweis Egyetem Digitális Egészségtudományi Intézetnek és munkatársainak a segítő támogatásukért.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Csóka Regina

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Szervező Szak, Budapest

csoka.regina@icloud.com

Kenesei-Kalló Andrea

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest;

Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest

kenesei-kallo.andrea.dora@emk.semmelweis.hu

Jóni András Dániel

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest;

Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest

joni.daniel@emk.semmelweis.hu

Mikesy Gergely

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest;

Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest

mikesy.gergely@emk.semmelweis.hu

Hámori Attila

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Szervező Szak, Budapest

hamori.attila0@gmail.com

Bertókné Tamás Renáta

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Budapest

tamas.renata@nnk.gov.hu

Árváné Egri Csilla

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Budapest

egri.csilla@nngyk.gov.hu

Gál Veronika

Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Budapest

gal.veronika@nngyk.gov.hu

Joó Tamás

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest;
Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest; Magyar Egészségügyi
Menedzsment Társaság, Budapest
joo.tamas@emk.semmelweis.hu

Nistor Katalin

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest;
Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest; Semmelweis Egyetem
Doktori Iskola, Mentális Egészségtudományi Tagozat, Interdiszciplináris Társadalomtudományok Program,
Budapest
nistor.katalin@emk.semmelweis.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 10. 16.

Elfogadva: 2024. 11. 05.

Megjelentetve: 2024. 12. 16.

Copyright © 2024 Csóka Regina, Kenesei-Kalló Andrea, Jóni András Dániel, Mikesy Gergely, Hámori Attila,
Bertókné Tamás Renáta, Árváné Egri Csilla, Gál Veronika, Joó Tamás, Nistor Katalin. Kiadó: Magyar
Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés
alapján.

JUNIOR KUTATÓK

Hajléktalan személyek egészségi állapotának jellemzői egy kevert módszertannal készített kutatás alapján

Health characteristics of people experiencing homelessness based on a mixed-methods study

Szerző: [Vajdovich Noémi Annamária](#)

Doi: [10.58701/mej.17321](#)

Kulcsszavak: hajléktalanok egészségi állapota; kevert módszertan; multimorbiditás

Keywords: health status of homeless people, mixed methodology, multimorbidity

Absztrakt

BEVEZETÉS: Az általános egészségi állapotot jelentősen befolyásolja mind az egyén előélete, mind az aktuális életkörülmények, mint például az anyagiak, a lelki, szellemi, fizikai állapot, az életmód, a testmozgás, a táplálkozás, a hőmérséklet stb. Ezek a tényezők a hajléktalan személyek életében, sokszor pusztán a véletlenek révén, rendkívül kedvezőtlenül alakulnak: a hajléktalan személyek körében több esetben már az utcára való kerülés előtt szenvednek valamilyen súlyos betegségben, amely a hajléktalan életforma előszobája lehet. Amikor valaki belesodródik a hajléktalan létbe, azáltal önmagában sok új betegséget halmoz fel, így a hajléktalan személyekre jellemző a multimorbiditás, azaz sokszor több, súlyos betegségük jelentkezhet egyszerre.

MÓDSZERTAN: 2024-ben készült egy nagyívű kutatás a mesterszakos diploma-munkám keretében, amely a hajléktalanok egészségi állapotára és egészségügyi ellátására fókuszált. Jelen tanulmányban az egészségi állapottal kapcsolatos eredményeket részletezem. A hajléktalan definíció alapján az 1993. évi III. a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény által alkalmazott meghatározást tekintettem, a statisztikai adatgyűjtés során pedig az számított hajléktalan ügyfélnek, akit 2015–2021 között 'hajléktalan' jogcímen regisztrált az egészség-biztosító és kapcsolatba lépett az egészségügyi ellátókkal. A kutatásban ún. kevert módszertant alkalmaztam, amely kvalitatív (interjúk, szakirodalmi elemzés) és kvantitatív adatok (a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől lekért 2015–2021 közötti statisztikai adatok) gyűjtéséből és elemzéséből állt.

EREDMÉNYEK: A kutatás alátámasztotta a szakirodalmi forrásokat, miszerint a hajléktalanokra multimorbiditás jellemző. A kutatásból Kaplan-Meier görbe alapján

kiderült, hogy a hajléktalanságban élők nagyobb eséllyel haláloznak el hamarabb a nem és kor szerint illesztett kontroll csoport tagjaihoz képest. Emellett fény derült arra is, hogy a populáció negyede szenved valamilyen pszichiátriai betegségben, illetve, hogy a náluk előforduló betegségek java az elhanyagolt életmódjukkal magyarázható.

KÖVETKEZTETÉSEK: Kutatásom rávilágított arra a tényre, hogy a hajléktalan személyek helytelen életmódja és rossz egészsége hátterében negatív életkörülményeik állhatnak. Súlyos betegségeik sokszor helytelen táplálkozási szokásaikkal, alkoholfogyasztással, mozgáshiányukkal, és az utcai körülményekkel vagy éppen az intézményi körülményekkel, az előéletük során szerzett negatív tapasztalataikkal, függőségeikkel, legyengült immunrendszerükkel, illetve egyéb nagy pszichiátriai kórképekkel vannak összefüggésben.

Abstract

INTRODUCTION: Overall health is significantly influenced by both the individual's history and current living conditions, such as financial, mental, physical, lifestyle, physical activity, nutrition, temperature, etc. These factors often have a very adverse impact on the lives of people experiencing homelessness, purely by chance: many of those experiencing homelessness suffer from a serious illness before they are on the streets, which can be a precursor to homelessness. When one falls into homelessness, one accumulates many new illnesses, so homeless people are characterised by multimorbidity, i.e. they can often have several serious illnesses at the same time.

METHODOLOGY: In 2024, I conducted a major piece of research for my Master's thesis, focusing on the health and healthcare of homeless people. In this paper, I detail the findings on health status. The definition of homelessness was based on the definition used in the Act III of 1993 on Social Administration and Social Benefits, and the statistical data collection was based on those who were registered as 'homeless' by the health insurance and contacted health care providers between 2015–2021. The research used a so-called mixed methodology, consisting of qualitative (interviews, literature analysis) and quantitative data collection and analysis (statistical data retrieved from NEAK between 2015–21).

RESULTS: The research confirmed the literature sources that homeless people are characterised by multimorbidity. The study showed, based on a Kaplan–Meier curve, that homeless people are more likely to die earlier compared to a control group matched by sex and age. It also revealed that a quarter of homeless people suffer from some form of psychiatric illness and that many of the illnesses that homeless people suffer from can be explained by their neglected lifestyle.

CONCLUSIONS: My research has highlighted the fact that the health of homeless people can be linked to their neglected lifestyles and their past lives. Their serious illnesses are often linked to poor eating habits, alcohol consumption, physical inactivity, and the conditions on the streets or in institutions, the negative experiences in their past, addictions, weakened immune systems and other major psychiatric conditions.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A hajléktalan személyek egészségi állapotának vizsgálata az egészség-tudományok és a szociológia olyan vizsgálati területe, amely témakörben Rákosy-Szeitl (2018) tanulmányán kívül az elmúlt időszakban kevés hazai tanulmány látott napvilágot.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

2017-ben megszületett ezen kutatás kvantitatív változatának elődje (Fadgyas-Freyler, 2017), amely a saját tanulmányomhoz hasonlóan adminisztratív adatbázisokra épített, külön a hajléktalan-egészségügyi ellátásáról más tanulmány nem szólt idáig.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Jelen tanulmány kétféle, azaz a kvantitatív (statisztikai) és a kvalitatív (szakirodalmi és interjú) helyzetelemzési „útvonalat” hasonlítja össze, frissítve és kiegészítve a korábbi kutatások tapasztalatait.

BEVEZETÉS

Az anyagiakban való szűkölködés sok esetben maga után vonja az egyén rossz egészségi állapotát és egyben az elhanyagolt egészségmagatartását. Ez teljességgel igaz a financiálisan szűkös hajléktalan¹ személyekre is, hiszen akik azzal vannak elfoglalva, hogy a napi szintű

anyagi megélhetésüket biztosítsák saját maguk számára, azoknak nem elsődleges szempont, hogy mivel táplálkozzanak. Nem látogatnak el háziorvoshoz, nem érvényesítik a TAJ kártyájukat. Az anyagiakon túl lelki és szellemi állapotuk is akadályozza őket abban, hogy minőségben megtartsák saját fizikai egészségi állapotukat (Rákosy & Szeitl, 2018).

Az életvitelből, életkörülményekből fakadó leromlott egészségi állapot számos fertőző és nem fertőző betegséget hordoz maga után. Ezen populációknak a morbiditása és a mortalitása is nagyobb az átlaghoz képest (Bényei et al., 2018). Többször eleve fennálló (pl. pszichiátriai, függőséggel kapcsolatos) betegségek, fogyatékoságok (Gurály & Varga, 2013) viszik bele az egyént egyfajta hajléktalan életformába, ami tovább ronthatja az érintett egészségi állapotát. A hajléktalanok számára a napi többszörös étkezés megvalósítása kihívást jelent, márpedig a megfelelő mennyiségű energia és tápanyagok hiánya alultápláltságot eredményezhet: a jelenség igen gyakori a hajléktalanoknál (Rákosy & Szeitl, 2018).

Bizonyos megbetegedések közvetlenül a hajléktalan életformából fakadnak: például a fagyási sérülések, amelyek a hideg időjárásban, az utcán éjszakázó hajléktalanokra jellemzők; a fejsérülések és végtagtörések, amelyek az utcai balesetekből, verekedésekből fakadhatnak, az emésztőrendszeri zavarokat, amelyek a rendszeretlen és rossz minőségű táplálkozás miatt alakulnak ki, az élőködőkkel összefüggő betegségek és bőrbetegségek, amelyek a rossz higiénés körülmények között alakulnak ki, de ilyenek a lábszárfekélyek is, amelyeket a mozgáshiányból fakadó vénás keringési elégtelenségek okozhat-

¹ A 'hajléktalan' fogalomra vonatkozóan az „1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról” rendelkezik, így az abban szereplő definíciót használtam. Forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>

nak, valamint a krónikus nem fertőző és a fertőző (bakteriális) légzőszervi betegségek is (pl. tuberkolózis), amelyek sokszor összefüggésben vannak a dohányzással, és bakteriális úton leginkább a legyengült immunrendszerrel rendelkező személyeket fertőzik meg (Papp, 2007).

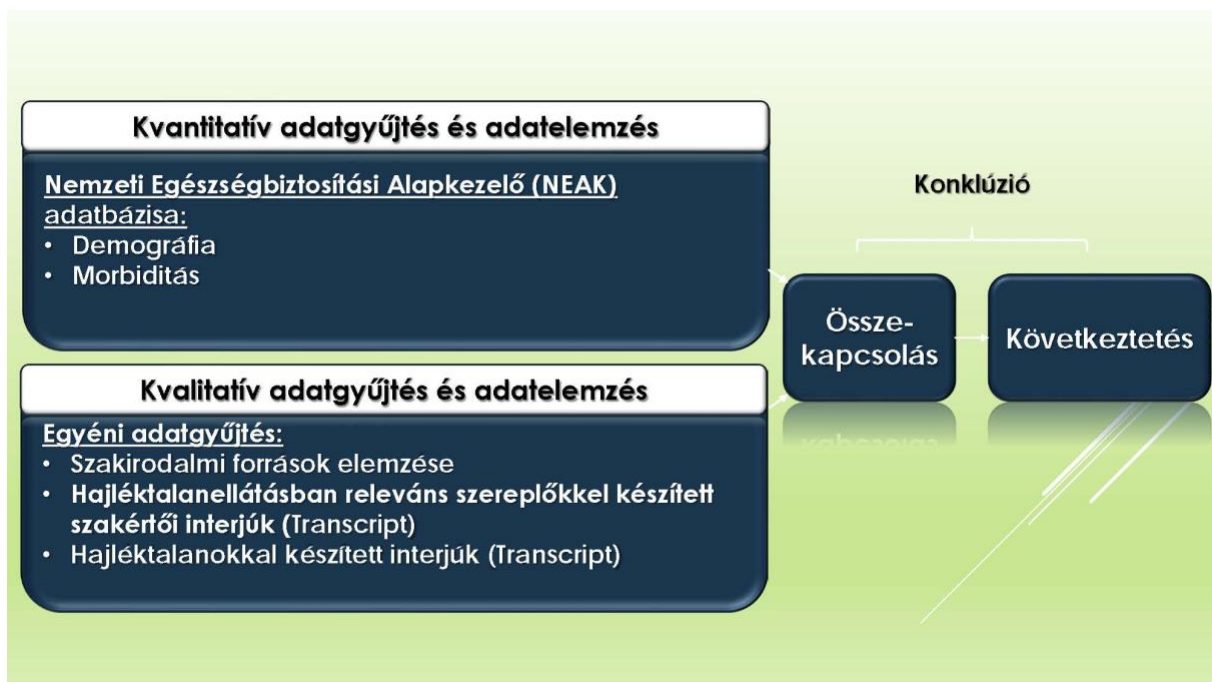
A jelen tanulmányban alapvető célom volt, hogy röviden értékeljem a hazai hajléktalan személyek egészségi állapotát. A kutatásom során a következő kérdésekre kerestem a választ:

- hogyan jellemzi a szakirodalom a hajléktalanok egészségi állapotát?
- melyek a hajléktalanságban élő személyekre jellemzőbb, legfőbb betegségek?
- hogyan gondolkodnak az általam megkérdezett szakértők a hajléktalanok egészségi állapotáról?
- miket gondoltak a hajléktalan interjúalanyok saját egészségi állapotukról?

MÓDSZERTAN

A tanulmányban kevert módszertant alkalmaztam. [1. ábra] A kvalitatív úton szerzett információkat intézményi szereplőkkel, valamint hajléktalanokkal készített interjúk tapasztalatai alapján szintetizáltam, a kvantitatív módszerekben (pl. statisztikai elemzés) alkalmazott statisztikai adatokat pedig a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (röviden: NEAK) lekért adatbázisából elemeztem. A vizsgálat módszertana az ún. „összetartó párhuzamos felépítés” jegyeit hordozza: egyszerre és egymástól függetlenül végeztem a kutatás kvantitatív és kvalitatív részét, csak az eredmények és összefüggések végső értelmezésénél kapcsol- tam össze a két kutatás eredményeit (Király et al., 2014).

1. ábra: Az összetartó párhuzamos (kevert) módszertan felépítése (Forrás: Király et al., 2014)



A kvantitatív módszertan statisztikai adatok elemzésére épült a NEAK-tól kikért adatbázist felhasználva Fadgyas-Freyler (2017) alapján. Az adatbázis összeállítására a személyes adatokra vonatkozó jogszabályok voltak érvényesek. A kapott adattáblák egyike tartalmazta a demográfiai jellemzőket (nemek és korcsoportok). A táblázat egyedi TAJ-ok száma (betegszám) alapján a 2015–2021 években 'hajléktalan' jogcímen nyilvántartottak számát és a nem és korcsoport szerint illesztett ötszörös kontrollcsoportjuk² számát foglalja magában. Az ötszörös kontrollcsoport a vizsgálati eredmények megbízhatóságát és érvényességét növeli, és kiszűri a véletlen torzítások és hibák kockázatát. A korcsoport-besorolás alapja 2015. január 1. Ez a hajléktalanok esetében 11 857 fő, míg a kontrollcsoportnál 59 285 fő összesen. A korcsoport szerinti beosztás a 0–19, 20–29, 30–39, 40–49, a 60–69 éveseket, valamint 70 évnél idősebbeket el. Az egyes korcsoportok átlagéletkora a két populációnál megegyezett. Így vált a 'hajléktalan' jogviszonnyal rendelkezők csoportja és a hozzájuk nem és kor szerint illesztett ötszörös kontroll populáció összehasonlíthatóvá a NEAK adatbázisából hivatalos úton lekért adattáblában. Az adattábla egyrészt tartalmazta a kontroll és a hajléktalan csoportból a 2015 és 2021 évek között elhunytak számát, illetve a 2015 és 2021 évek között BNO3 besorolású morbiditási csoportok szerint az országosan előforduló kontroll csoport és 'hajléktalan' jogviszonnyal rendelkező ellátott esetek számát. Kiemelendő, hogy az eseti ellátások megszámlálásánál több diagnózist is figyelembe vettek, azaz egy beteg többször szerepelhetett a táblában, ha több betegséggel kezelték. Az esetszámoknál figyelembe vették mind a járó-, mind a fekvőbeteg szakellátási adatokat.

A kvantitatív módszertan része volt egy ún. túlélési vizsgálat elvégzése Kaplan-Meier (1958) alapján. Ennek a számításnak célváltozója egy kiindulási ponttól egy végpontig eltelt idő, azaz a túlélési idő volt³. Az adattábla tartalmazta, hogy melyik évben hányan éltek még a 2014. december 31-én 100%-os arányban életben lévő populációkból. Az éves értékeket százalékos arányokban számoltam ki a 2014. december 31-et követő évekre is. Így jött ki, hogy a vizsgálati években a populációk hány százaléka volt még életben.

A kvalitatív módszertan a szakirodalmi előzmények összegyűjtésére és a szakértői és hajléktalan interjúk készítésére terjedt ki. Az interjúalanyokat a NEAK-tól, a Hajléktalanokért Közalapítványtól, a Budapest Módszertani Szociális Központból (BMSZKI), az Oltalom Háziorvosi Rendelőből, a Menhely Alapítványtól, valamint a Habitat for Humanity Magyarországtól (HABITAT) választottam ki hólabda módszerrel. Köztük volt egy egészségbiztosítási beosztott kutató (1. interjúalany); egy szociális ellátásban, pályázatírásban jártas irodavezető (2. interjúalany); egy szociális, egészségügyi ellátásban dolgozó, titkárságvezető közgazdász (3. interjúalany); egy egészségügyi ellátással foglalkozó háziorvos (4. interjúalany); egy szociális és egészségügyi ellátásban dolgozó módszertani vezető (5. interjúalany); egy szociális ellátásban és pályázatírásban jártas beosztott kutató (6. interjúalany); valamint egy egészségügyi ellátásban és pályázatírásban tapasztalt csoportvezető (7. interjúalany). Összesen hat hajléktalan-ellátással, köztük egy nővel és öt férfival készítettem interjút a kutatásom során. Az interjúalanyokat ez esetben nem egyénileg választottam ki. Ennek több oka is volt:

² A kontrollcsoport az, amelynek tagjai részt vesznek ugyan egy kísérletben, de nem teszik ki őket a vizsgálni kívánt hatásnak. A kontrollcsoport azt a célt szolgálja, hogy vele hasonlítsák össze annak a csoportnak az eredményeit, amelyiket kiteszik a vizsgálni kívánt hatásnak. Forrás: <https://lexiq.hu/kontrollcsoport>

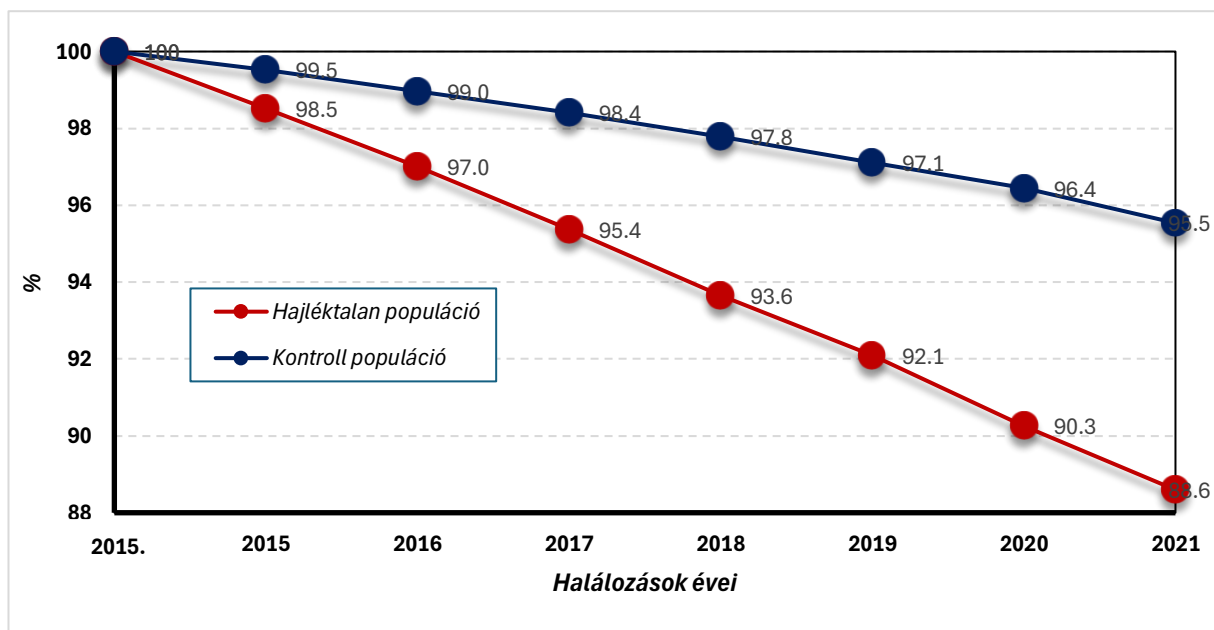
³ Forrás: <http://www.biostat.hu/biostat-szotar/#T>

egyrészt annak a lehetősége, hogy hajléktalanokkal készítsék személyesen interjúkat megfelelő és nyugodt körülmények között, csak az egyes intézményeken belül lehetséges, másrészt nem minden intézmény volt nyitott erre, harmadrészt a hajléktalan ügyfelek közül jónéhányan sokszor elzárkóznak a témától, negyedrész pedig adatvédelmi okok miatt az utcán nem is készülhetett interjú. Mivel a Budapest Módszertani Szociális Központ és Intézményeitől (BMSZKI), azon belül pedig a Dózsa Átmeneti Szállástól kaptam egyénileg felajánlást, ezért kizárólag ott készítettem az interjúkat. Az interjúalanyokat a szociális munkások jelölték ki.

EREDMÉNYEK

A 2. ábra a vizsgált hajléktalan jogcímen nyilvántartottaknak és a kiválasztott kontrollcsoportnak a halálozási tendenciáját mutatja meg az ún. Kaplan-Meier görbén (Kaplan & Meier, 1958). 2015 és 2021 között a hajléktalan populációból nagyobb valószínűséggel haláloztak el, mint a kontrollcsoportban. 2021-ben a 2015. évi hajléktalan populációnak 88,5%-a élt, míg a hozzá illesztett kontrollcsoportnak több, mint 95%-a: a hajléktalanoknál összesen 1 352 fő halálozott el, ezzel szemben 2 645 fő hunyt el kontroll populációban.

2. ábra: Az elhunytak arányának változása a hajléktalan és a kontrollcsoportban, 2015–2021. Nh=11 857; Nk=59 285. (Forrás: saját szerkesztés a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, egyéni adatkérés alapján)



A hajléktalanoknál az egyik legtöbb betegséget a pszichoaktív szerek használata okozta, ehhez képest ugyanez a betegség a kontroll populációban mindössze csak a 72. helyen állt. [1. táblázat] A hajléktalan populációnál ezután sorrendben következnek a „nyelőcső, gyomor és nyombél megbetegedései”, amelyek a súlyos alkoholfogyasztással, a rossz minőségű, rendszeretlen táplálkozással magyarázhatók, a

„neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform (szorongásos) rendellenességek”, amelyek fakadhatnak a nehéz szociális háttérükből, valamint a „fejsérülések”, amelyek vélhetően az utcai balesetek miatt következhetnek be. Az elsőként említett megbetegedések azzal hozhatók összefüggésbe, hogy a vizsgált betegek nagyobb traumák elszenvedői. A fejsérüléseknél a vizsgált populációk előfordulási

gyakoriságai között jelentős különbségeket lehet felfedezni a hajléktalan és a kontrollcsoport között: a hajléktalan popu-

láció esetében ezek a 6., míg a kontrollcsoportnál csak az 53. leggyakoribb egészségügyi problémák.

1. táblázat: A morbiditási csoportok sorrendje a vizsgált populációknál a hajléktalan és a kontroll populáció esetszámok sorrendje alapján (2015–2021). (Forrás: saját szerkesztés a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, egyéni adatkérés alapján.)

Morbiditási csoportok	Hajléktalan populáció esetszám N = 334 461 (db eset)	Hajléktalan populáció betegség szerinti sorrendje	A Kontroll populáció esetszáma N = 1 432 828 (db eset)	Kontroll-csoport betegség szerinti sorrendje
Magas vérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10–I15)	13 709	1.	110 132	1.
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10–F19)	12 494	2.	3 799	74.
A nyelőcső, gyomor és nyombél betegségei (K20–K31)	11 439	3.	49 921	8.
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek (F40–F48)	11 269	4.	17 333	25.
Általános tünetek és jelek (R50–R69)	11 171	5.	24 901	13.
Fejsérülések (S00–S09)	9 628	6.	6 609	55.
A szájüreg, nyálmirigyek és állcsontok betegségei (K00–K14)	7 944	7.	55 811	6.
Elsősorban nem gyógyszerként használt anyagok toxikus hatása (T51–T65)	6 843	8.	1 468	110.
Egyéb hát- és gerincbántalom (M50–M54)	6 473	9.	42 321	10.
Idült alsó légúti betegségek (J40–J47)	6 409	10.	20 068	18.
Hangulatzavarok [affektív rendellenességek] (F30–F39)	5 886	11.	11 546	36.
Heveny felső légúti fertőzések (J00–J06)	5 840	12.	54 535	7.
A keringési és légzési rendszert illető tünetek és jelek (R00–R09)	5 385	13.	17 913	22.
Az emésztőrendszert és hasat illető tünetek és jelek (R10–R19)	5 348	14.	18 893	219.
Anyagcsere rendellenességek (E70–E90)	4 686	15..	43 688	9.
Epilepszia (G40–G47)	4 297	16.	10 845	39.
Egyéb heveny alsó légúti fertőzések (J20–J22)	4 165	17.	25 435	11.
A csukló és a kéz sérülései (S60–S69)	3 990	18.	9 454	44.

A speciális kódok és a nem besorolható kódok alatt szereplő típusokat, amelyekből nagyjából mindkét esetben az esetszámok hatodát tették ki, kihagytam a számításból, hiszen ezen esetekben nem tudtam konkrét betegségcsoportokat beazonosítani. A szakértői tapasztalatok visszaigazolták a statisztikai elemzésben megállapítottakat, hiszen hangsúlyozták, hogy általánosságban a hajléktalanoknál túlsúlyban jelentkeznek a pszichiátriai kórképekkel összekapcsolható, az alkohol- és a kábítószer-függőségek, valamint a traumatizált szociális háttérből fakadó egyéb pszichés problémák. (Kiemelendő, hogy az alkohol-függőségekben érintettek aránya a kontroll populációnál is magas.) „A hajléktalanok legalább 30%-ának van valamilyen pszichiátriai diagnózisa” (7. interjúalany). Az alkohol- és a kábítószer-függőségekkel küzdők csoportját is ide lehet sorolni, hiszen sok, komolyabb pszichiátriai kórképnek lehetnek kiváltó okai. Egy másik nagyobb csoportot különíthetünk el a traumatizált állapotúak kategóriájaként, ahol „van egy folyamatos veszteség-élmény, munkahely elvesztése, család elvesztése, innen oda költözés, hányódás, gyökértelenné válás, amit az illető traumaként élt meg, de nem tudja feldolgozni. Tehát van az a traumaszt, ami el tud vezetni bárkit odáig, nyilván kell ehhez valamiféle vulnerabilitás is, de nem kell hozzá sok, tényleg le tudja padlózni az embert, tehát ez a csoport elkülöníthető.” (5. interjúalany).

A hajléktalan életmód következménye számos esetben nem EU-konform betegségek sokaságát és terjedését vonhatja magával: „mintha nem a XXI. század elején lennénk (...). Az egyik orvos (...) találkozott orbáncsal” (2. interjúalany). Ebből fakadón a hajléktalanok körében jellemző a multimorbiditás is, azaz sokszor négy-hat súlyos betegség halmozódik fel az illető szervezetében egyszerre (3. interjúalany, 12. interjúalany, 9. interjúalany). „Van két

betegségem, ami miatt állandó ellátásra szorulok, az egyik a hemofília (vérzékenység) (...). Illetve van egy pszichés betegségem is, (...), az pedig paranoid skizofrénia meg még egy diagnózis (...) (13. interjúalany). Az aktuális életkörülményük felerősíthetik eleve súlyos betegségeiket: az egyik interjúalany elmesélte, hogy attól súlyosbodott az állapota, hogy ellopták a bankkártyáját ... („nyitva hagytam a szobám ajtaját, és valaki hozzájutott a bankszámlaszámlámhoz, (...)) [a bank] lezárolta januárban a nyugdíjamat, és nem kaptam egy forintot sem (...). Ez engem lelkileg annyira megviselt, hogy rosszul lettem, bevittek [a kórházba]...” (12. interjúalany).

MEGBESZÉLÉS

A kvalitatív kutatást korlátozó tényező volt, hogy nem mindenki vállalta az interjút. A szakirodalom, a kvantitatív és a kvalitatív adatok összhangban álltak egymással: a hajléktalanok egészségi állapota szorosan összefügghet életmódjukkal, helytelen táplálkozási szokásaik és az utcai vagy intézményi körülményeik pedig rossz hatással vannak a szervezetükre. A kvantitatív elemzés rávilágított arra, hogy a hajléktalanokra jellemző betegségek leginkább a komolyabb pszichiátriai kórképekkel, pszichoaktív szerek használatával, a szorongással, a rossz táplálkozással, alkoholfogyasztással és az utcai tartózkodással állhatnak szoros kapcsolatban. A kvalitatív adatok alapján a hajléktalanokra általánosan a multimorbiditás volt jellemző. Bár ez egyértelműen nem derül ki a kvantitatív adatokból, de részlegesen alátámasztják, hiszen az esetszám jóval magasabb a betegszámnál.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásom rávilágított arra a tényre, hogy a hajléktalan személyek helytelen élet-

módja és rossz egészsége hátterében a negatív életkörülményeik állhatnak. Súlyos betegségeik sokszor a helytelen táplálkozási szokásaikkal, az alkoholfogyasztással, a mozgáshiányukkal, és az utcai körülményekkel vagy éppen az intézményi

körülményekkel, az előéletük során szerzett negatív tapasztalataikkal, függőségekkel, legyengült immunrendszerükkel, illetve egyéb nagy pszichiátriai kórképekkel vannak összefüggésben.

HIVATKOZÁSOK

- Bakos, P. (2006). Az Egészséghez való jog emberi jog: Az egészség biztosítása a hajléktalan emberek számára Magyarországon. Készült a hajléktalanokkal foglalkozó egészségügyi dolgozók és a hajléktalanellátó szervezetek FEANTSA kérdőívére adott válaszai alapján a FEANTSA számára. FEANTSA, Budapest, 1–22. https://www.feantsa.org/download/hun_health_report-25357482209960834631.pdf/ (2023. 08. 02.)
- Bényei, Z., Breitner, P., Gurály, Z., Győri, P., Kovács, I., Mózer, P. & Szabó A. (2018). Gyorsjelentés a 2018. évi hajléktalan-adatfelvételtől. Február Harmadika Munkacsoport, Menhely Alapítvány, Budapest, 1–25. <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/F3-Gyorsjelent-es-2018-handout.pdf> (2024. 05. 14.)
- Biostat (2024): Túlélési vizsgálat. <http://www.biostat.hu/biostat-szotar/#T> (2024. 05. 14.)
- Braun, E. & Gazdag, G. (2015). Pszichiátriai zavarok előfordulása hajléktalanok között. In Magyar Pszichiátriai Társaság (Eds.), (pp. 60–67). Psychiatria Hungarica. <https://medinfo.aek.hu/index.php/2015/07/26/pszichiatriai-zavarok-elofordulasa-hajlektalanok-kozott-braun-eszter-gazdag-gabor/> (2023. 07. 12.)
- Bulyáki, T. (2023). Mentális zavarral, hajléktalanságban élő személyek segítése – a BMSZKI gyakorlatának rövid bemutatása. Párbeszéd: Szociális munka folyóirat, 10(1). 1–11. <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2023.10/1/7> (2024. 05. 13.)
- Fadgyas-Freyler, P. (2017). A hajléktalan emberek általános jellemzői és egészségi állapotuk egy adminisztratív adatbázis alapján. Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 28(3). 102–122. https://www.esely.org/kiadvanyok/2017_3/tartalom.pdf (2024. 03. 04.)
- Fehér, B. (2009): Hajléktalan emberek traumás élményei és azok feldolgozása narratív eszközökkel. ELTE Társadalomtudományi Kar Szociális munka – Szociálpolitika Doktori Program. Budapest, 1–253. https://edit.elte.hu/xmlui/bitstream/handle/10831/45526/Kd_11347.pdf (2024. 05. 17.)
- Gurály Z. & Varga D. (2013). A hajléktalanság főbb jellemzői a vidéki Magyarország településein. In Győri, P. & Vida, J. (Eds.), Változó és változatlan arcú hajléktalanság (pp. 53–86). Menhely Alapítvány, Budapesti Módszertani Szociális Központ és Intézményei, Budapest. https://bmszki.hu/sites/default/files/fajlok/node-28/valtozo_es_valtozatlan_otthonaltalanul_9.pdf/ (2024. 05. 13.)
- Gyöngyösi, K., Erdőhegyi, M. & Balog, Gy. (2021). „Mi vagyunk a legutolsó hely”. Pszichoszociális fogyatékoság (pszichés problémák) hajléktalan emberek között, budapesti alacsony küszöbű hajléktalan-ellátásban dolgozó szociális munkások tapasztalatai tükrében. Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 32(2). 114–138. <https://doi.org/10.48007/esely.2021.2.7> (2023. 12. 21.)
- Győri, P. (2020a). Büntető törvény után – világjárvány előtt. Hajléktalanná válás – szolgáltatások – perspektívák. Jelentés a hajléktalan emberek 2020 február 3-i kérdőíves adatfelvételéről. In Győri, P. (Eds.), Február Harmadika Munkacsoport Jelentés a 2020. évi hajléktalan-adatfelvételtől (pp. 1–32). Menhely Alapítvány, Budapest. <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/F3-Gyorsjelent-es-2020-handout.pdf> (2024. 05. 14.)
- Győri, P. (2022). Jelentés a hajléktalan emberek 2022. február 3-i országos kérdőíves adatfelvételéről. In Győri, P. (Eds.), Február Harmadika Munkacsoport Jelentés a 2020. évi hajléktalan-adatfelvételtől (pp. 1–30), Menhely Alapítvány, Budapest. <http://menhely.hu/download.php?f=downloads/feb3/f3-gyorsjelent-es-2022.pdf> (2024. 05. 07.)
- Horváth, Á., Gádnórné Weber, Á. & Gaszner, G. (2021). Pandémia és alkoholizmus. Medicalonline. <https://medicalonline.hu/haziorvostan/cikk/pandemia-es-alkoholizmus/> (2024. 05. 17.)
- Kaplan, E. L. & Meier, P. (1958). Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. Journal of the American Statistical Association, 53(282). 457–481. <https://web.stanford.edu/~lutian/coursepdf/KMpaper.pdf> (2024. 05. 01.)

- Király, G., Dén-Nagy, I., Géring, Zs. & Nagy, B. (2014). Kevert módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok. Kultúra és Közösség, 5(2). 95–104. <https://unipub.lib.uni-corvinus.hu/1895>. (2024. 03. 07.)
- Kovács, M. (2021). A dohányzás, és más káros szenvedélyek a fiatalok körében. Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar. <https://dea.lib.unideb.hu/items/ef180177-b9f0-44d7-a73e-2f9b91bea4eb> (2024. 05. 17.)
- Lexiq (2021). Kontrollcsoport. <https://lexiq.hu/kontrollcsoport> (2024. 05. 17.)
- Nemzeti Jogszabálytár (2016). 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. <https://njt.hu/jogszabaly/1993-3-00-00.101> (2024. 05. 17.)
- Paksi B., Magi, A. & Gurály, Z. (2021). Hajléktalan emberek pszichoaktív szerhasználata. Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 32(1). 62–91. <http://dx.doi.org/10.48007/esely.2021.1.5>. https://www.esely.org/kiadvanyok/2021_1/esely_2021-1_62-91_paksi_et_al.pdf (2023. 10. 14.)
- Papp, Á. (2007). Hajléktalan emberek egészségügyi helyzete Magyarországon. In Papp, Á. (Eds.), Százlító üveg Alapítvány Szakmai Anyagok. Százlító üveg Alapítvány, Budapest. https://www.academia.edu/89798259/Hajlektalan_emberek_egeszsegugyi_helyzete_Magyarorszagon (2024. 05. 20.)
- Rákossy, Zs., Szeitl, B. (2018). A hajléktalan emberek egészsége. Demográfia, 61(1). 29–52. <https://doi.org/10.21543/Dem.61.1.2>. <https://demografia.hu/kiadvanyonline/index.php/demografia/article/view/2744/2632/> (2024. 04. 22.)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Külön köszönetet mondok dr. Fadgyas-Freyler Petrának az adatszolgáltatásban és az adatfeldolgozás szakmódszertani háttérének kidolgozásában nyújtott segítségéért! Szintén köszönettel tartozom az összes interjúalanyunknak, aki hozzájárult a diplomamunka elkészüléséhez, bár őket név szerint nem említhetem az adatvédelmi szabályozások miatt.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vajdovich Noémi Annamária
Eötvös Loránd Tudományegyetem Regionális Tudományi Tanszék, Budapest
vajdovich.noemi@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 01.
Elfogadva: 2024. 08. 01.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vajdovich Noémi Annamária. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Autista gyermekek háziorvosi ellátásának gyakorlata

Article review: General practitioner care routine for people with autism

Ismertető: [Trixler Bettina](#), [Pusztafelvi Henriette](#)

Doi: [10.58701/mej.16990](https://doi.org/10.58701/mej.16990)

Ismertetett cikk: Coughlan, B., Duschinsky, R., O'Connor, M-E. & Woolgar, M. (2020). Identifying and managing care for children with autism spectrum disorders in general practice: A systematic review and narrative synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 28(6): 1928–1941. <https://doi.org/10.1111/hsc.13098>

Kulcsszavak: autizmus spektrum zavar, háziorvosi ellátás, akadályok, szűrés, ismeretek

Keywords: *autism spectrum disorder, general practitioner care, barriers, screening, knowledge*

BEVEZETÉS

Az autizmus spektrum zavar az idegrendszer pervazív jellegű fejlődési zavara, tüneti jellegzetességei közé sorolható a kommunikáció és szociális interakciók nehezítettsége, továbbá a repetitív, ismétlődő viselkedések és beszűkült érdeklődés. Az Egészségügyi Világszervezet adatai alapján 100 gyermekből egy lehet érintett a spektrumon.

Az autizmussal kapcsolatos médiamegnyilvánulások gyakran tévhiteken alapulnak, és káros sztereotípiákat közvetítenek, azonban az emberek többsége főképp a sajtóból tájékozódik. Az autizmus megismerését és az autizmus specifikus módszertanok alkalmazását az időben elhúzódó kutatások, paradigmaváltások jelentősen megnehezítették. Az alapellátásban a háziorvos „kapuőr” szerepet tölt be, így informáltsága az egészségi állapot kimenetele szempontjából alapvető kérdés.

Az autizmussal kapcsolatos ismeretek felmérésére egyedi mérőeszközöket fejlesztettek ki a kutatók, amelyek azonban nem teszik lehetővé teljes mértékben a kutatások eredményeinek összehasonlítását. A háziorvosok tényleges ismerete ezáltal nehezen állapítható meg.

A szülők a diagnózis felállítása előtti időszakra kihívásokkal teli, stresszes időszaként hivatkoznak. Az alapellátáshoz kapcsolódó szervezeti tényezők (időhiány, munkaterhelés mértéke) tovább nehezítik az autizmus spektrum zavarok azonosítását a háziorvosi gyakorlatban. Egyes források arra utalnak, hogy a szűrési arányok továbbra is alacsonyak. Az autizmussal élő személyek egészségi állapota kedvezőtlennek bizonyul. A szenzoros érzékenység, vagy épp a megértés akadályozottsága további kihívás elé állítja az egészségügyi dolgozókat.

MÓDSZEREK

A cikkismertetés egy szisztematikus áttekintő közlemény összefoglalására épül. Az angol nyelvű, 8 adatbázis találati eredményeit földrajzi és nyelvi megkötés nélkül elemző tanulmány hiánypótló módon összegezi az autizmus állapotának azonosítását, az ellátás akadályait és a háziorvosok ismereteit a 2003 és 2019. között megjelent szakirodalmak alapján, 16 ország 1900 háziorvosának bevonásával.

A vizsgálat PRISMA módszer alkalmazásával történt, a „háziorvos”, „tudás”, „ismeret” és „autizmus” kulcsszavakra fókuszáltak a szerzők. A keresés 2743 találatot eredményezett, a szűrés során referenciakezelő szoftver mellett manuálisan is ellenőrizték az adatokat. Döntési folyamatábrákat hoztak létre és tesztelték azok használhatóságát, majd a tanulmányokat külön-külön is értékelték a kutatók a megítélői megbízhatóság (interrater validity) érdekében. Összesen 62 cikk teljes szövegét elemezték a Thomas és Harden által felvázolt háromlépéses kódolási és elemzési folyamat segítségével, illetve narratív megközelítést is alkalmaztak. A kódoláshoz NVivo 12 szoftvert használtak, az anyagok minőségét pedig Mixed Methods Appraisal Tool alkalmazásával értékelték. Végül 17 publikációt vontak be a vizsgálatba.

EREDMÉNYEK

Az autizmus állapotának azonosítása

A háziorvosok többségében akadályokat fogalmaznak meg az állapot felismerésére vonatkozóan, mindazonáltal folyamatosan adaptív stratégiákat keresnek annak elősegítése érdekében. Múltatják az elektronikus egészségügyi nyilvántartások integrálását, egyébiránt javaslatokat tesz-

nek autizmusműködő eszközök gyakorlatba építésére is. Az autizmus felismerésének nehezítettsége egyrészt abból fakadhat, hogy az orvosok által kezelt betegpopuláció igen nagy heterogenitást mutat a demográfiai (pl. nem, életkor) és tüneti, diagnosztikai szempontból is, másrészt a szűkös időkorlát, a rövid orvos-betegtalálkozások és a nagy esetterhelés sem könnyítik meg a helyes diagnózis felállítását. Továbbá, egyes orvosok megkérdőjelezzik a specifikus szűrési eljárások fontosságát és az általános szűrési módokat részesítik előnyben arra hivatkozva, hogy a diagnózist követően az autizmus specifikus szolgáltatásokhoz történő hozzáférés korlátozott vagy meg sem valósul. Végül, fontos megjegyezni, hogy sok esetben a szülők aggodalma miatt kerül sor a vizsgálatra, azaz a szűrőeszközök alkalmazása nélkül is megfogalmazásra kerül a gyanú. Összességében – az említett okok miatt –, a szűrőeszközök rutinszerű használatára csekély mértékű támogatottság mutatkozik meg.

Az ellátás akadályai

Az autizmus felismerésének akadályai közé tartoznak a szervezeti (erőforrás problémák, tisztázatlan beutalási utak, elégtelen költségvetés), a szakmai (ismeretek, képzés, időkorlátok) és a társadalmi akadályok is (szociokulturális tényezők miatti megbélyegzés, a szülőkkel való együttműködés nehézségei, diszkrimináció). Maguk az egészségügyi szakemberek is elégedetlenségüket fejezik ki a hosszú várólisták miatt, a diagnózis felállításához kevés szakmai támogatást kapnak, valamint megfogalmazzák a gyermek- és a felnőttellátás közötti átmenettervezés problémáit is. A szervezeti hiányosságok az egészségügyi szolgáltatók között is feszültséget eredményeznek. Az egészségügyi vizsgálatok idői és anyagi ráfordításai nem térülnek meg, illetve kevésbé

jelentenek valós segítséget az érintettek számára.

Autizmussal kapcsolatos ismeretek

Világszerte tapasztalható, hogy a háziorvosok kis hányadának vannak megfelelő ismeretei az autizmus teljes spektrumáról. A tüneti képpel, a markerekkel és az autisták viselkedésével kapcsolatban sztereotípiákat fogalmaznak meg, de a komorbiditásokról sem rendelkeznek megfelelő információkkal. Az állapotjellemzőkről legfőképp a média által tájékozódnak, ugyanakkor ez veszélyes is lehet, hiszen a nem hiteles, nem szakmai források megválasztása az autizmus értelmezését torzíthatja.

A háziorvosok a gyógyszeres kezelés elrendelését illetően is bizonytalanságukat, aggodalmukat fejezik ki, mely az állapot és társult betegségek összetettségéből eredhet. A gyógyszerek felírására általában akkor kerül sor, ha a háziorvos más módon már nem képes segítséget nyújtani.

A képzettség és a tapasztalat, valamint a családdal történő kommunikáció az egészségügyi dolgozók tudásra pozitívan hat, azonban ezek összefüggését sem igazolja minden nemzetközi tanulmány. Az autizmus ismeretek mértékének feltárására égető szükség van, ugyanakkor a kutatások eltérő módszerekkel mérik azt, így globálisan az eredmények kevésbé hasonlíthatók össze.

MEGBESZÉLÉS

A világ valamennyi egészségügyi rendszerében a háziorvosok döntő szerepet játszanak a gyermekek fejlődési zavarainak azonosításában. Bár a helyzet kedvezőbbnek bizonyul a közepes és magas

jövedelemmel rendelkező országokban, ennek ellenére sok szakember egyáltalán nem hallott az autizmusról, vagy téves ismeretekkel rendelkezik, melynek következtében nem képes teljeskörűen ellátni az érintetteket.

Egyelőre kevés tanulmány irányul arra, hogy az autista gyermekek szükségleteire milyen módon és hatékonysággal képes reagálni az alapellátó rendszer. A megbélyegzés leküzdésében kulcsszerepet játszhatnak az autizmus spektrum zavarral kapcsolatos ismereteket terjesztő, társadalmi tudatosságra fókuszáló kampányok.

A háziorvosok jelentős időnyomással dolgoznak, a konzultációs idő aránya sok esetben percekben mérhető, valamint az ellátóhelyek közötti akadozó információáramlással, a tisztázatlan betegutakkal kapcsolatosan további problémák merülnek fel. Amennyiben egy autista gyermek társbetegségei miatt több kezelést is igényel, úgy az ellátások közötti prioritizálás is nehéznek bizonyul.

AJÁNLÁS

A háziorvosokra nehezedő szervezeti nyomást és munkaterhelést csökkenteni szükséges annak érdekében, hogy az autizmus megértését és felismerését elősegítő képzéseken részt tudjanak venni.

Alapos vizsgálat alá kell vonni a gyakorlati munka során használt szűrőeszközöket, mert alkalmazásuk eltérő eredményekre és hibás következtetésekhez vezethet.

Ajánlott egységes egészségügyi ellátási protokoll kidolgozása, mely a gyakorlati munkát (beutalás, ellátás) gördülékényebbé, átláthatóbbá teszi. A jelenlegi képzési formákat, módszereket is meg kell vizsgálni annak érdekében, hogy az autiz-

mussal kapcsolatos ismeretek hatékonyabb átadása valósuljon meg.

Az egészségügyi, szociális, igazságügyi és oktatási szolgáltatások közötti információ-megosztás korunk egyik leghasznosabb népegészségügyi kezdeményezése lehet,

melyet sürgősen szorgalmazni kell. Az ellátási útvonalak értékelése és felülbírálata esetenként hivatott lehet a háziorvosok tehermentesítésére. Ezen rendszer-szintű változtatások megvalósítása valós megoldást jelenthet a problémákra.

HIVATKOZÁSOK

Coughlan, B., Duschinsky, R., O'Connor, M-E. & Woolgar, M. (2020). Identifying and managing care for children with autism spectrum disorders in general practice: A systematic review and narrative synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 28(6): 1928-1941. <https://doi.org/10.1111/hsc.13098>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Trixler Bettina

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs
bettina961107@gmail.com

Pusztafalvi Henriette

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségbiztosítási Intézet, Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék, Pécs

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 08. 22.

Elfogadva: 2024. 10. 09.

Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Trixler Bettina. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A nemzeti és nemzetközi szoptatási stratégiák tanulságai

Article review: Lessons learnt from the national and international breastfeeding strategies

Ismertető: [Virághné Horváth Zsuzsanna](#)

Doi: [10.58701/mej.16008](https://doi.org/10.58701/mej.16008)

Ismertetett cikk: Ismertetett cikk: Bóné, V., W. Ungváry, R., Juhászné Kun, J.G., Kutas, K., Gitidiszné Gyetván, K. és Gárdos, L. (2021) Nemzeti és nemzetközi szoptatási stratégiák tanulságai (Lessons learnt from the national and international breastfeeding strategies). *IME– Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja – Tudományos Folyóirat*. 20 (1), 39–44. DOI: 10.53020/IME-2021-106

Kulcsszavak: szoptatás; szoptatási mutatók; szoptatás-támogatás

Keywords: *breastfeeding; breastfeeding indicators; breastfeeding support*

Az anyatejes táplálás biológiai norma! Ennek ellenére már nagyon régen is megpróbálkoztak ezen táplálási forma helyettesítésével: példaként említhetők az 1960-as évek, amikor az erőteljes tápszermarketing hatására jelentősen csökkent a szoptatási arány. A 70-es években azonban felismerték, hogy a mesterséges táplálás hosszútávú negatív hatásokkal rendelkezik. Ezt követően egyre több kezdeményezés született a szoptatási mutatók javítására: az anyatejet helyettesítő termékek marketingjének nemzetközi kódexe, az Innocenti Kiáltvány illetve a csecsemő- és kisgyermektáplálás globális stratégiája. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az UNICEF-fel közösen 1991-ben indította útjára a Bababarát Kórház Kezdeményezést (BBKK), ez rendkívül komplex kritériumokat fogalmaz meg a szoptatás elősegítése érdekében, amely az elgondolás szerint megfelelő ellátási gyakorlatok révén valósulhat meg.

A szoptatást támogató nemzetközi kezdeményezés (World Breastfeeding Trends Initiative – WBTi) 5 indikátoros szempontrendszert dolgozott ki a csecsemő- és kisgyermektáplálás globális stratégiai célkitűzéseinek folyamatos ellenőrzésére. Az indikátorokhoz kapcsolódó pontértékek egyértelműen rávilágítanak a hiányosságokra.

A cikk azon nemzeti szoptatási stratégiákat ismerteti, melyek sikeresnek bizonyultak a szoptatási arányok növelése terén. A szoptatás sikerességét több tényező befolyásolja, melyek gyors változásokat eredményezhetnek. Ezen tényezők közös jellemzője, hogy csak abban az esetben várható siker, amennyiben a komplex beavatkozások a rendszerszemlélet elveit követik. A komplexitás fontosságát bizonyítja többek között, hogy az indikátorok monitorozása alapján megállapítható: a Bababarát Kórházak elterje-

désével nem nőtt a szoptatás időtartama, bár az első életórán megkezdett szoptatások száma emelkedett.

Egyes kutatások arra is rávilágítottak, hogy ugyanazon intézkedések nem azonos hatást értek el a fejlett és a fejlődő országokban. Brazília több területen is beavatkozott, aminek következtében a szoptatás átlagos időtartama 2,5 hónapról 11,3 hónapra nőtt. Nagy-Britanniában valószínűsíthető, hogy ezért voltak kevésbé sikeresek a pusztán az anyára irányuló beavatkozások. Kenyában viszont nagyon szép eredményeket értek el a kizárólagos szoptatás terén, mivel komplex intervenciókra került sor. Svédország több intézkedést is bevezetett, melyek révén összességében javultak a szoptatási mutatók.

A magyar szoptatás-támogatási rendszer alapját a hungarikumnak nyilvánított védőnői szolgálatok és a gyermekorvosok képezik. A védőnők már a gyermek megszületése előtt, a várandósságtól kezdve támogatják, kísérik és informálják a családokat. Nagyon fontos, hogy egyénre szabott a gondozás, bizalmi kapcsolat alakul ki a védőnő és szülők között. Jelenleg azonban nagyon kevés információt tartalmaz a szoptatásról a védőnőképzés törzsanyaga.

A szerzők foglalkoznak a magyarországi szoptatás-támogató törekvésekkel is.

Magyarországon az egészségügyi miniszter tanácsadó testületének funkcióját a Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság tölti be. A cikk kitér a bizottság feladataira is, melyek megvalósításával hazánkban is javulhatnak a szoptatási mutatók. Idetartozik a családközpontú szüléset megvalósítása az egész országban, az egészségügyi szakemberek ilyen irányú képzése, illetve a mindenki számára elérhető, szoptatást támogató rendszer kiépítése.

AJÁNLÁS

Sajnálatos, hogy Magyarországon nem egységes az adatgyűjtés rendszere a szoptatásra vonatkozóan, és a WBTi szoptatás-támogató nemzetközi kezdeményezéséhez nem szolgáltatunk adatokat. Mindez komoly hiányosság, hiszen az adatbankban felhalmozott információk felhasználásával fejleszteni lehetne a stratégiákat, ha minden ország 3-5 évente felülvizsgálná és újraértékelné ezirányú tevékenységét. A nem kielégítő adatgyűjtő rendszer miatt nincsenek pontos adataink a szoptatásra vonatkozóan. Egy megfelelő szisztéma kidolgozásával, a védőnők szoptatással kapcsolatos ismereteinek bővítésével, a védőnő-hallgatók laktációs képzésével javulhatnak a szoptatási mutatók. Mindezek mellett nyilvánvalóan szükség lenne több, komplex intézkedés bevezetésére is.

HIVATKOZÁSOK

Bóné, V., W. Ungváry, R., Kutas, K., Juhászné Dr. Kun, J.G., Gitidiszné Gyetván, K., Gárdos, L. (2021) Nemzeti és nemzetközi szoptatási stratégiák tanulságai. *IME*; 20(1):39-46. DOI: <https://doi.org/10.53020/IME-2021-106>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Virághné Horváth Zsuzsanna
Széchenyi István Egyetem, Győr
zsuzsalakt@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 07.
Elfogadva: 2024. 09. 26.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Virághné Horváth Zsuzsanna. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A felzárkózás kudarca

*Article review: Failure to catch up*Ismertető: [Vitrai József](#)Doi: [10.58701/mej.17305](https://doi.org/10.58701/mej.17305)

Ismertetett cikk: Orosz, É. (2024). A felzárkózás kudarca. 1. rész. A magyarországi egészségügyi közkiadások trendjei nemzetközi összehasonlításban. *Lege Artis Medicinae*, 34(9), 427–434.
<https://doi.org/10.33616/lam.34.0427>

Kulcsszavak: Magyarország; Európai Unió; visegrádi országok; egészségügyi közkiadások

Keywords: Hungary; European Union; Visegrad countries; public health expenditures

ÖSSZEFOGLALÁS

A magyar egészségügyi rendszer évtizedek óta hiába próbálkozik az európai átlaghoz felzárkózni, és egyidejűleg megújulni. Orosz Éva egészségügyi közgazdász két részből álló cikksorozatában a felzárkózás folyamatát vizsgálja, és részletes elemzéssel kimutatja, hogy Magyarország lemaradása nemcsak a 2004 előtti, EU országokhoz (EU14), hanem a velünk együtt csatlakozott visegrádi országokhoz képest is növekszik.

A leszakadás okainak azonosításához az egészségügyi közkiadások időbeli változását elemzi, és megállapítja, hogy 1992-ben a Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi közkiadások az EU14 országok átlagának felét, 2019-ben, a Covid-19 járvány előtt már csak mintegy 40%-át ért el, és ebben a mutatóban a visegrádi országok rangsorában az elsőről az utolsó helyre csúsztuk le. [1. ábra]

A közkiadások GDP arányában számított értéke megmutatja, hogy: „... az adott évben megtermelt bruttó hazai termék „tortájából” mekkora szelet jut a közfinanszírozott egészségügyi ellátásra.”

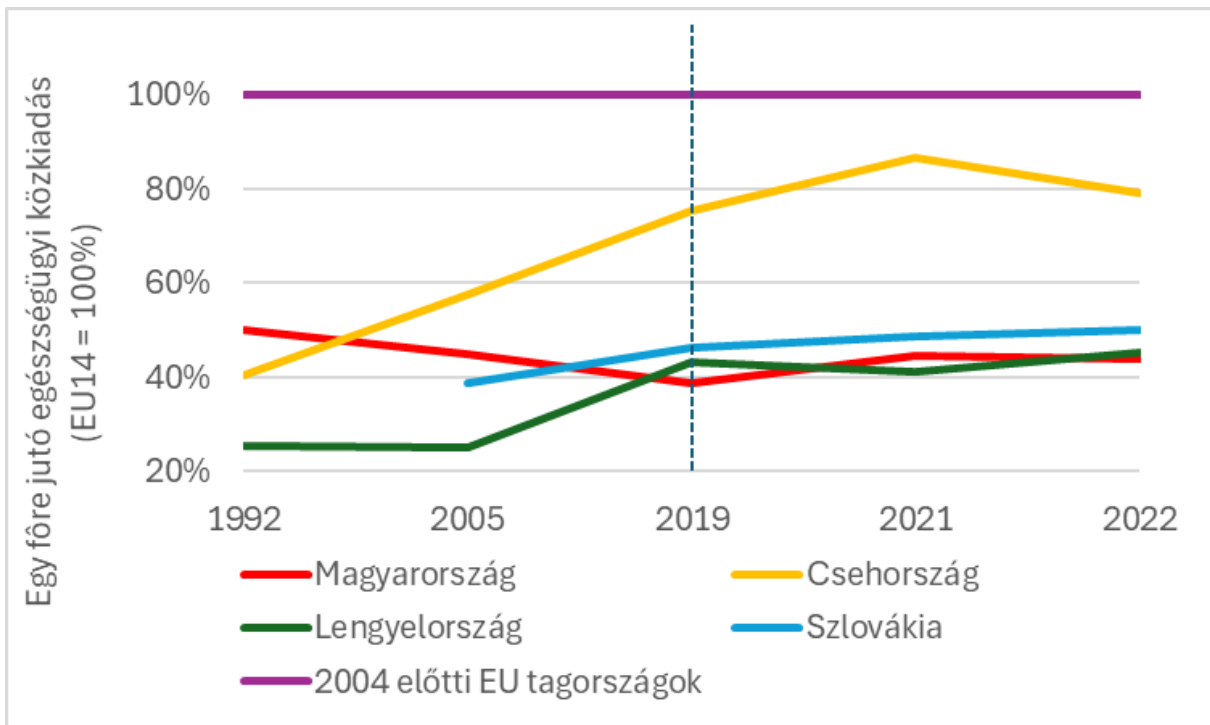
A mutató helyes értelmezéséhez Orosz a következő segítséget nyújtja: „Ennek az aránynak az alakulását egyrészt a GDP-nek, másrészt az egészségügyi közkiadásoknak a növekedési üteme befolyásolja; ez utóbbi pedig alapvetően a kormányzati prioritások függvénye. Ha a kormányzat az egészségügyi közkiadásokat a GDP növekedésével megegyező ütemben növeli, akkor az arány változatlan marad, ha a GDP növekedését meghaladó mértékben, akkor növekszik az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-ből (és fordítva).” A magyarországi változást jól jellemzi, hogy míg az EU14 országokban az egészségügyi közkiadások GDP aránya 5,7%-ról 7,3-ra emelkedett 1992 és 2019 között, addig hazánkban 5,9%-ról 4,3%-ra csökkent. [2. ábra] Megjegyzendő, hogy a többi visegrádi országban az EU14 országokhoz hasonlóan emelkedett ennek a mutatónak az értéke, és a Covid-19 járvány előtt Magyarország az utolsó volt a visegrádi országok rangsorában.

Az egészség súlyát a (szak)politikai döntésekben az egészségügyi közkiadásoknak a költségvetésbeli részarányának nagysága jellemzi leginkább. 1995-ben a magyar

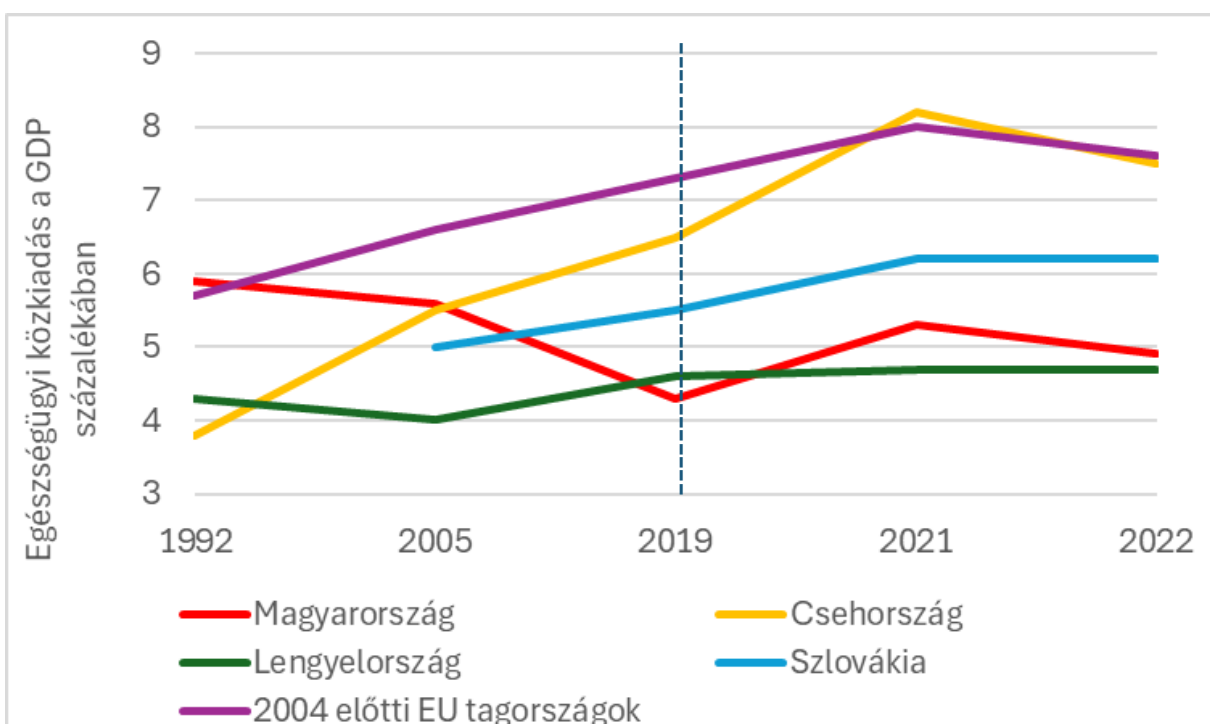
kormányzati kiadások 10,4%-át, 2019-ben pedig a 9,9%-át fordították egészségügyre. [3. ábra] Míg Magyarország az 1995-ös értékkel az EU középső harmadába

tartozott, 2019-re az utolsók közé került. A visegrádi országokkal összevetve hasonló megállapítás tehető.

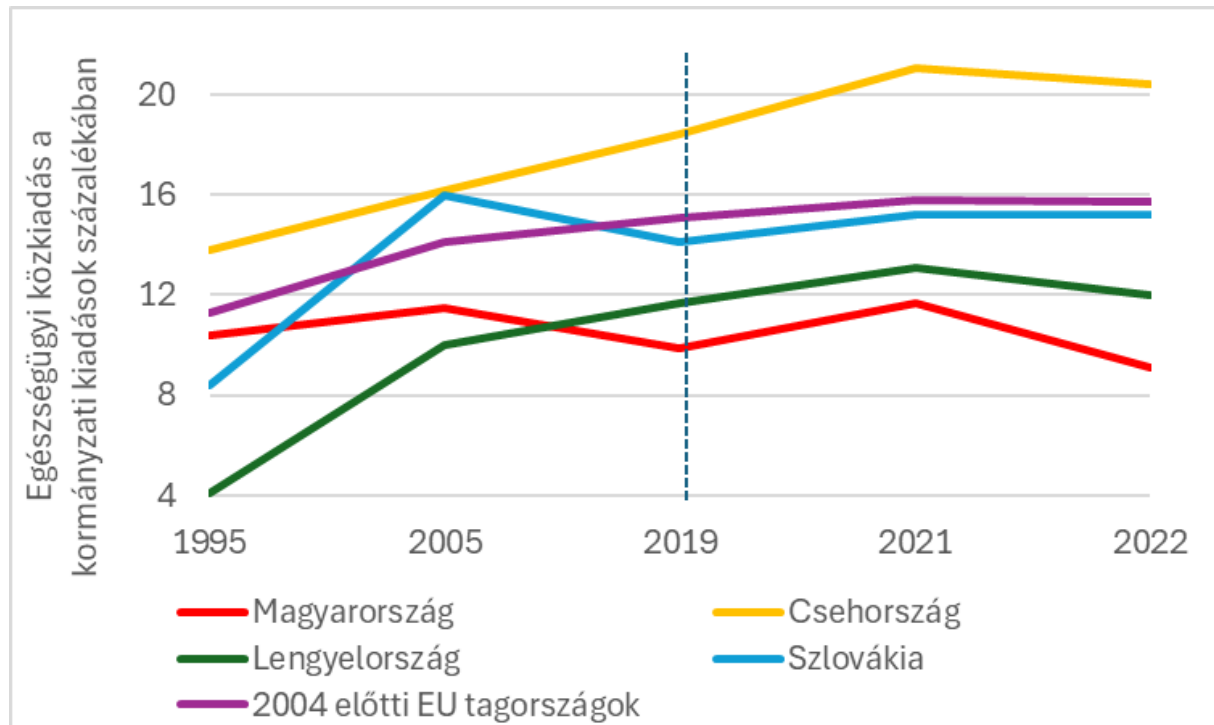
1. ábra: Egy főre számított egészségügyi kiadások alakulása a visegrádi országokban, 1992–2022 (Forrás: saját szerkesztés az eredeti cikk adatai alapján)



2. ábra: Az egészségügyi közkiadások a GDP százalékában a visegrádi országokban és az EU14 országokban (Forrás: saját szerkesztés az eredeti cikk adatai alapján)



3. ábra: Egészségügyi közkiadások a kormányzati kiadások százalékában a visegrádi országokban és a 2004 előtti EU14 országokban, 1995–2022 (Forrás: saját szerkesztés az eredeti cikk adatai alapján)



A szerző értékelése szerint a „... trendek nem csupán mennyiségi különbségeket, hanem eltérő kormányzati prioritásokat is tükröznek. A 2000-es évek elejétől az EU-országok többségében – a 90-es évek kiadáskorlátozó politikái után – nagyobb prioritást kapott az egészségügyi ellátás fejlesztése. Egyre inkább teret nyert az a szemlélet, hogy az egészségügy nem csak a lakosság egészségi állapota, jólléte szempontjából fontos, hanem a gazdaság hosszú távú fejlődése szempontjából is: az egészségügyre fordított kiadások beruházást jelentenek a humán tőkébe. A magyar kormányzatok esetében azonban nem következett be ez a szemléletváltozás.”

A magán egészségügyi kiadások, azaz az egyének és családok kiadásai az előzőekben leírt trendekkel ellentétesen változott: 1992-ben a magyarok „zsebből fizették” az egészségügyi kiadásait 13%-át, 2019-ben viszont már 31%-át. Ugyanebben az évben ez a részarány a csehekénél

csak 15%, a lengyeleknél 28%, a szlovákoknál 20% volt.

A szerző szemléletesen mutatja be, mennyivel nagyobb összeg állt volna rendelkezésre az egészségügy számára 2019-ben, ha Magyarországon nem csökkent volna az egészségügyi közkiadás GDP részaránya. Elemzése szerint „2019-ben 457 Mrd Ft-tal (25%-kal) magasabb lehetett volna az E.Alap természetbeni kiadásainak az értéke (1826 Mrd Ft helyett 2283 Mrd Ft)”.

Az elemzésekből a szerző levonja a következőket: „Magyarország és a többi visegrádi ország között az egészségügyi közkiadások trendjeit, jellemzőit tekintve nem csupán mennyiségi a különbség, hanem eltérő fejlődési pályákról van szó: a V3-országok közelebb kerültek az EU14-országokhoz, ezzel szemben Magyarország leszakadó pályára került mind az EU14-, mind a V3-országokhoz viszonyítva.”

A cikksorozat második részében Orosz azt fogja vizsgálni, hogy a közkiadások csökkenése mekkora emberéletben mérhető veszteséget okozott Magyarországon.

AJÁNLÁS

Az egészségüggyel kapcsolatos problémák okainak megértéséhez feltétlenül hozzátartoznak az egészségügyre fordított közkiadások időbeli változásával kapcsolatos ismeretek. Orosz Éva egészségügyi gazdasági elemzése hiteles alapot kínál az egészségügy utóbbi évtizedekben megvalósult finanszírozásáról,

HIVATKOZÁSOK

Orosz, É. (2024). A felzárkózás kudarca. 1. rész. A magyarországi egészségügyi közkiadások trendjei nemzetközi összehasonlításban. *Lege Artis Medicinae*, 34(9), 427–434. <https://doi.org/10.33616/lam.34.0427>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 10. 10.
Elfogadva: 2024. 11. 08.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Meg kellene értenünk, hogy az egyé- nekre irányuló információátadás hatása miért csekély, és hogyan tudunk rendszerszinten beavatkozni

Article review: We must understand why the impact of information transfer targeting individuals is small and how we can intervene at the systemic level

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.17418](https://doi.org/10.58701/mej.17418)

Ismertetett cikk: Nobles, J. D., Radley, D., Mytton, O. T., & Whole Systems Obesity programme team (2022). The Action Scales Model: A conceptual tool to identify key points for action within complex adaptive systems. *Perspectives in Public Health*, 142(6), 328–337. <https://doi.org/10.1177/17579139211006747>

Kulcsszavak: rendszertudomány; beavatkozási pont; egészségpolitika

Keywords: systems science; leverage point; health policy

BEVEZETÉS

A rendszerszemléletű gondolkodás nélkülözhetetlen az olyan komplex rendszerekben való hatékony beavatkozásokhoz, mint amilyen a túlsúly és az elhízás visszaszorítása. Egyre többen felismerik, hogy az elhízás mögötti okok kezeléséhez olyan rendszerszemléletű megközelítésre van szükség, amely az állami, magán és közöségi szektor szervezeteit összefogja, erőfeszítéseiket összehangolja. A komplex adaptív rendszereken belüli tevékenységek azonosítása, végrehajtása és értékelése kihívást jelent, és eltérhet a népességügyben korábban alkalmazott, redukcionista névezett megközelítéstől. [1. táblázat]

EREDMÉNYEK

Ebben a koncepcionális cikkben a szerzők bemutatják a Beavatkozások Mérleg-

modelljét (BM), amely segít a politikai döntéshozóknak, a gyakorlati szakembereknek és az értékelőknek a komplex adaptív rendszereken belüli cselekvések konceptualizálásában, azonosításában és értékelésében. Ezt a modellt a Public Health England Whole Systems Obesity programban a helyi önkormányzatok képviselőivel folytatott közös szakmai egyeztetések és tapasztalatok felhasználásával dolgozták ki. Összhangban van a korábbi modellekkel, például a beavatkozási szintek keretrendszerével, a jéghegymoddellel és Meadows 12 beavatkozási pontjával (Vitrai, 2022), egyben továbbfejleszti azokat. A BM négy szintet (szinonimája a beavatkozási pontoknak) ír le a komplex rendszerbe való beavatkozásra, a magasabb szintek nagyobb lehetőséget biztosítanak a rendszer működésének megváltoztatására. A szintek alulról felfelé: a jelenségek, a struktúrák, a célok és a meggyőződések. [2. táblázat]

1. táblázat: A redukcionista megközelítés és a rendszerszemlélet közös jellemzői (Forrás: az eredeti fordítása)

	Redukcionista megközelítés	Rendszerszemlélet
A beavatkozás célja	... a redukcionista paradigmához igazodik. A beavatkozások a rendszer egy elszigetelt elemének befolyásolására irányulnak (ha a rendszert egyáltalán elismerik).	... szerint a beavatkozások egy összetett rendszerben hatnak, és a rendszer működését kísérlik meg befolyásolni. Feltételezi, hogy a rendszerben számos koherens beavatkozásra van szükség, és nehéz elkülöníteni az egyes beavatkozások hatását.
A beavatkozás fókusza	... alapján konkrét ok-okozati tényezőket (pl. egyéni életmódbeli magatartásformák) céloznak meg.	... figyelembe veszi a rendszer viselkedését kiváltó mintákat, struktúrákat és mozgatórugókat (azaz azokat a tényezőket, amelyek egy probléma kialakulását okozzák).
Az érintettek közötti kapcsolatok	... valószínűleg olyan egyirányú műveleteket feltételez, amikor a szolgáltatót egy meghatározott szolgáltatás nyújtására kéri fel.	... alapján a beavatkozás során az érdekelt felek közötti együttműködési kapcsolatok és a bizalom elengedhetetlen.
A beavatkozás tartóssága	... alapján arra számítanak, hogy a rendszer időben statikus marad. A beavatkozás továbbra is ugyanazokat a kimeneteket fogja előidézni a későbbiekben-különböző kontextusokban.	... szerint a rendszer dinamikus és adaptív, és az idő múlásával a beavatkozásokra reagálva fejlődik. Minden komplex probléma egyedi, ezért az érintettek közös problémaértelmezésére van szükség. A beavatkozások hatása erősen a kontextustól és a rendszer körülhatárolásától függ.
Bizonyítékok elérhetősége	... széles körű empirikus bizonyítékokra támaszkodik az egyes beavatkozásokra vonatkozóan. Gyakran jól finanszírozott kutatási irányzatokkal rendelkezik.	... korlátozott bizonyítékokon alapul. A bizonyítékok inkább elméleti vagy hipotetikusak lehetnek.
A beavatkozás értékelése	... szerint a beavatkozások elszigetelten, könnyen mérhetők (pl. számos kulcsfontosságú teljesítménymutatóval rendelkeznek). A mutatók általában a fő eredményre és a beavatkozások hatókörére összpontosítanak. Az értékelés célja a hatékonyság bizonyítása.	... a hatást a rendszer kontextusában értelmezi, értékeli. Annak meghatározását célozza, hogy vajon a beavatkozás hozzájárult-e a rendszer működésének a várt irányba történő megváltoztatásához. A sikeresség közvetett mérőszámaira fókuszál, és célja a hatékonyság javítása.

↔ Egyetlen dimenzió két végpontja ↔

Az 1. ábra mérlegének bal oldalán a jelenlegi, a jobb oldalán a célul kitűzött rendszer egyensúlyoz. Az ábra felső fele (a) a jelenlegi helyzetet jelképezi, amely kiegyensúlyozatlan például az elhízásra hajlamosító környezet felé. Ez az elhízás gyakoriságának növekedését okozza a társadalmi egyenlőtlenséggel kapcsolatos egyéb problémák súlyosbítása mellett. A cél az, hogy a döntéshozók és tanácsadók (azaz azok, akik befolyásolni tudják a rendszer működését) úgy alakítsák át a rendszert, hogy az támogassa az elhízás visszaszorítását. Az ábra alsó felén (b) a rendszeren belül nagyobb hatású

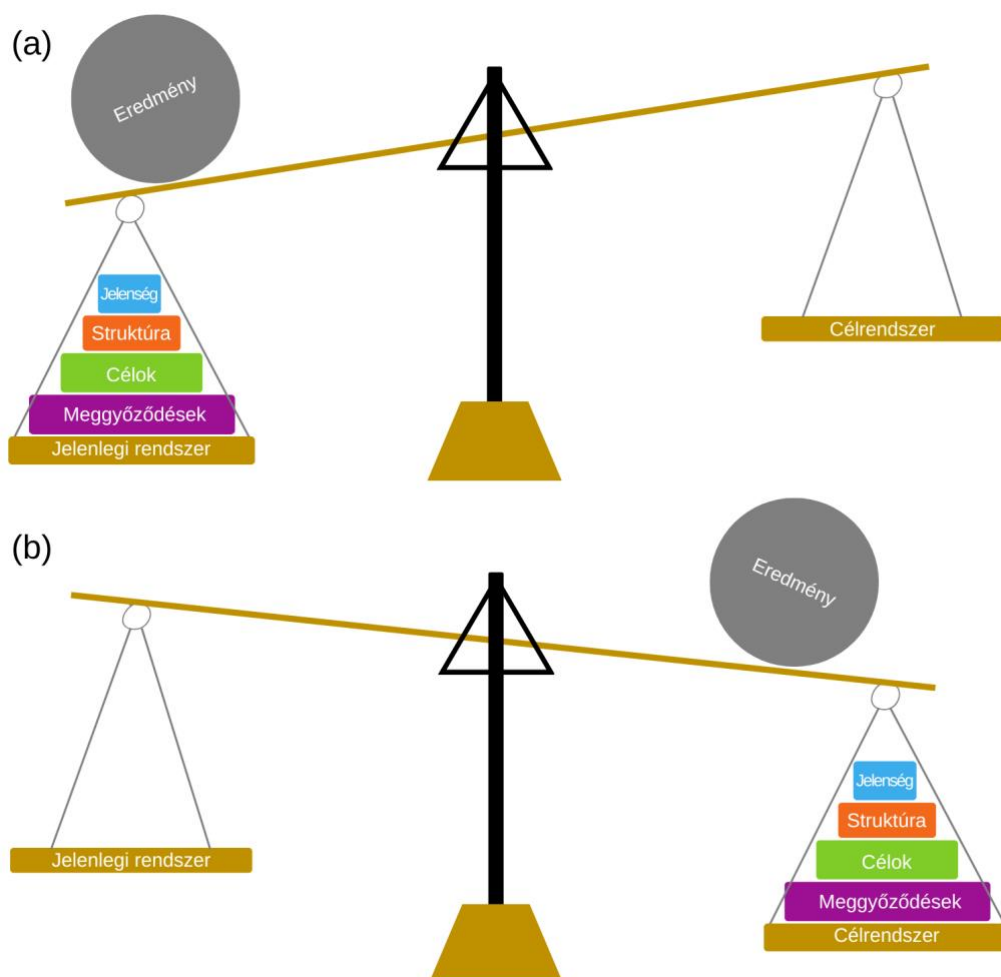
tényezők (pl. célok és meggyőződések) befolyásolásával nagyobb valószínűséggel érhető el egy olyan fordulópont, amely gyors változásokat idézhet elő a rendszer szerkezetében. Mivel a célok és a meggyőződések nagyobb hatásúak a rendszerben, ezek átalakítása nagyobb erőfeszítést igényel, mint a jelenségekre való összpontosítás.

A szerzők példákkal illusztrálva bemutatják továbbá, hogy a BM hogyan használható a gyakorlat és a politika támogatására. [3. táblázat]

2. táblázat: Meadows, Malhi et al., Senge és a Beavatkozások Mérlegmodelljének beavatkozási pontjai közötti kapcsolat (Forrás: eredeti fordítása)

Meadows 12 beavatkozási pontja		Beavatkozási Szintek Keretrendszer	Jéghegymodell	Beavatkozási Mérlegmodell
+ ↑ A HATÁS NAGYSÁGA ↓ -	Képesség az értelmezési keret átértelmezésére	Értelmezési keret	Mentális modell	Meggyőződések
	A rendszer értelmezési kerete			
	A rendszer célja vagy funkciója	Célok	Rendszer struktúrája	Célok
	A rendszer struktúrájának megváltoztatására, fejlesztésére, vagy önszervezésére való képesség	Rendszer struktúrája		Struktúra
	A rendszer működési szabályai			
	Az információáramlás struktúrája			
	A pozitív visszacsatolások nagysága	Visszacsatolások és késleltetések	Mintázat	
	A negatív visszacsatolások nagysága			
	A beavatkozástól a hatásig eltelt idő (késleltetés)			
	A rendszer anyagi elemei	Strukturális elemek	Jelenség	Jelenség
	A rendszer állandóságát biztosító elemek			
	A rendszert jellemző paraméterek			

1. ábra: A Beavatkozások Mérlegmodellje (Forrás: eredeti ábra fordítása)



3. táblázat: Példák a Beavatkozások Mérlegmodelljének megfelelő koherens intézkedésekre (Forrás: az eredeti fordítása)

	Jelenségek	Szerkezetek	Célok	Meggyőződések
Amit megfigyelünk	Ezek azok a problémák (viselkedések és eredmények), amelyek a modern világban körülöttünk megfigyelhetők, és amelyek a rendszer tervezett (szándékos vagy nem szándékos) működéséből eredő tünetek.	Ez a mögöttes struktúrára és mintázatok-ra vonatkozik, amelyek az események bekövetkezését okozzák. Ez magában foglalja a rendszer szervezetét; a struktúrákat, az információ-áramlást, a folyama-tokat és a rend-szer részei közötti kapcsolatokat.	Ezek azok a célok, célkitűzések vagy ambíciók, amelyek elérésére a rendszer – vagy a rendszer egyes részei – töreksze-nek. A célok gyakran a rendszer struktúrá-jának és működésének az irányába hatnak.	Ezek a rendszeren belüli egyének és szervezetek mélyen őrzött hiedelmei, normái, attitűdjei és értékei (azaz a gondolkodásmód). Ezek azok az alapok, amelyek miatt a rendszer továbbra is úgy működik, ahogyan működik, és amelyek a rendszer céljaiban tükröződnek.
Beavatkozások ezen a szinten	Célja a közvetlen esemény elfojtása. Ezt úgy érik el, hogy gyorsan reagálnak a látható problémákra – azaz "gyors megoldásokat" alkalmaznak. Gyakran szükség van ezekre az intézkedésekre, de nem foglalkoznak a probléma kialakulását okozó alapvető kérdé-sekkel (azaz a struktúrákkal, célokkal és hiedelmekkel).	Az események számának, vagy súlyossá-gának csökkentésére irányulnak. Ezt a szervezeti vagy kapcsolati rendszer struk-túráinak átalakításával vagy újratervezé-sével érik el, és ezért a rendszer működé-sének megértését igénylik.	A rendszer által kitűzött célok átalakítá-sára irányulnak. Ezt úgy érik el, hogy meg-változtatják a rendszer céljait meghatáro-zó emberek meggyőződését.	Célja, hogy megváltoztassa az egyének és szer-vezetek (akik befolyásolják a rendszer működését) gondolkodását a problémáról. Ezt úgy érik el, hogy megkérdőjelezzék és megváltoztatják a rend-szerben mélyen őrzött meggyőződésekét, nor-mákat, attitűdöket és értékeket.
Példák	1.1. Az önkormányzatok kerékpáros oktatást biztosítanak az iskolásoknak.	1.2. Az önkormányzat felméri és javítja az iskolák környezetének kerékpárral való megközelíthetőségét.	1.3. Az iskolák a szülőkkel és a közösséggel együtt-működve közös célt tűznek ki, hogy a következő 5 évben20%-kal csökkentsék a rövid idejű, autóval történő iskolába járást.	1.4. A helyi önkormányzat munkacsoportot hoz létre az aktív közlekedés támogatására és nép-szerűsítésére a az önkormányzat felsővezetői körében.
	2.1. A családok ingyenes workshopokon vehetnek részt, ahol megtanulhatják, hogyan kell egészséges ételeket főzni.	2.2. Olyan rendeleteket vezetnek be, amelyek előírják az élelmiszergyártók számára a készételek újratervezését.	2.3. Az áruházláncok kötelező célokat határoznak meg a beszállítók számára a termékek tápértékére vonatkozóan.	2.4. A szupermarketek együttműködnek a beszállítókkal annak bizonyítására, hogy az egészségesebb élelmiszerválaszték fenntarthatja a vállalat nyereségét.
	3.1. A háziorvosok az elhízott felnőtteket kereskedelmi testsúlycsökkentő programok-hoz irányítják.	3.2. Az orvostanhallgatók kötelező képzésben részesülnek az elhízás összetettségéről.	3.3. Biztosítani kell, hogy egészségi állapotától függetlenül mindenki egy héten belül háziorvoshoz jusson.	3.4. A vezető klinikusok az egészségügyi intézményekben megerősítik, hogy az elhízás komplex adaptív rendszerek terméke.
Értékelés a BM segítségével ^(a)	Az 1.1 példáján keresztül: Az önkormányzat értékeli az iskolások kerékpáros élnathatóságát és képes az aktív közlekedéssel megtett iskolai utak számának nyomon követésére is. Figyelemmel kísérheti a gyermekek iskolai eredményességére és az osztályban való részvételére gyakorolt szélesebb körű hatásokat is.	A 2.2. példát használva: Vizsgálja meg az élelmiszerekre vonatkozó szabályozások módosításait, és értékelje ezeknek a szabá-lyozásoknak a hatását a) a termékek tápérté-kére és b) a fogyasztók vásárlási szokása-ira. Biztosítsa, hogy a nem szándékolt következményeket is figyelembe veszik.	A 3.3. példát használva: Értékelje a házi-orvoshoz egy héten belül fordulószámát. Érté-kelje ennek a politikának a betegek-re, háziorvosokra, egészségügyi vezetőkre és adminisztratív személyzetre gyakorolt hatását. A betegadatok elemzése az ellátás méltányosságának megértése érdekében.	Az 1.4-es példát használva: Interjúk készítése a helyi önkormányzat felső vezetőivel, hogy meg-határozzák az aktív közlekedéssel kapcsolatos nézeteiket, és hogy ezek a nézetek változtak-e a beavatkozási erőfeszítések hatására. Vizsgálja meg a képviselők szavazási szokásait az aktív közlekedési javaslatokkal kapcsolatban.
^(a) A rendszeren belüli intézkedések értékelésekor biztosítani kell, hogy megbecsüljék az intézkedések együttes hatását, valamint az intézkedéseknek a kölcsönös függőségekre (azaz a rendszer azon részeire, amelyekre szintén hatással lehetnek az intézkedések) gyakorolt hatását.				

A BM elősegítheti a több érintett részvételével zajló beszélgetéseket, hogy mélyebb gondolkodásra ösztönözzön egy összetett kérdésről. Az ilyen beszélgetésekben való részvétel folyamata és az érintettek közötti különböző nézőpontok megértése fontosabb, mint az objektív valóság keresése – emelik ki a szerzők. A beszélgetéseken alkalmazott interjúkérdések célja lehet például a különböző érdekelt felek eltérő nézőpontjainak meg-

értése, a megvalósítás szándékolt és nem szándékolt következményeinek értékelése, vagy a rendszer megváltozása során kialakuló és önszerveződő tulajdonságok meghatározása. A szerzők összeállítottak egy listát olyan kérdésekből, amelyek segíthetnek megérteni, hogyan működik a rendszer, és ezt követően hogyan működhetnek az intézkedések ezekben a rendszerekben. [4. táblázat]

4. táblázat: A rendszer működésének megértéséhez felhasználható kérdések (Forrás: az eredeti fordítása)

BM szintjei	Kérdések
Jelenség	(a) Milyen kérdések vagy problémák merülnek fel folyamatosan a kijavításukra tett erőfeszítések ellenére? (b) Hová irányulnak a beavatkozási erőfeszítések? Inkább azokra összpontosítanak, akiket a probléma érint? (c) Valószínű, hogy az intézkedések megakadályozzák a probléma jövőbeni megismétlődését? (d) Az intézkedések gyors eredmények elérésére irányulnak, és nem valószínű, hogy a rendszer kitalálói ellenkeznek velük?
Szerkezetek	(a) Milyen elemek alkotják a rendszert? Vegyük figyelembe a fizikai struktúrákat, az embereket és szervezeteket, az összeköttetéseket és kapcsolatokat, valamint a rendszer elemei között áramló információkat! (b) Hogyan vannak ezek az elemek megszervezve vagy elrendezve? (c) Melyik elem okozza a problémákat vagy eseményeket? Vegye figyelembe az elemek közötti kapcsolatokat is! (d) Milyen jellegűek a rendszer elemei közötti kapcsolatok? Önkorlátozó (azaz az egyik nő, a másik csökken) vagy öngerjesztők (azaz az egyik nő, a másik is nő)? Mennyi idő alatt következnek be ezek a változások? (e) Kinek van hozzáférése a rendszerrel és a rendszer elemeivel kapcsolatos információkhoz?
Célok	(a) Mit akarnak elérni a rendszer/szervezetek/kulcsszemélyek a saját befolyási körükön belül? (b) Milyen célt remélnék ezek a rendszerek/szervezetek/személyek szolgálni? (c) Hogyan szerveződnek a rendszer struktúrái, és miért így szerveződnek? (d) Több rendszer befolyásoló céljai átfedik egymást? Milyen mértékben lehetne összehangolni őket? (e) A rendszer céljait jelenleg támogatják-e a beavatkozások?
Meggyőződések	(a) Melyek azok az uralkodó feltevések, meggyőződések és értékek, amelyek megmagyarázzák, hogy miért történnek a dolgok úgy, ahogyan történnek? (b) Kik (személyek és szervezetek) a legfontosabb döntéshozók a rendszerben? Milyen értékeket, nézőpontokat és prioritásokat képviselnek? (c) Milyen mértékben hisznek ezek a kulcsfontosságú döntéshozók abban, hogy a változás szükséges, megvalósítható és/vagy kívánatos? (d) Milyen meggyőződések vannak ezek az emberek és szervezetek a rendszer működéséről és a rendszer által kitűzött célokról? (e) Mi az, ami alapvető fontosságú ezeknek az embereknek és/vagy szervezeteknek? (f) Milyen meggyőződések vannak mások, akiket a rendszerváltozás érinthet? Támogatják vagy ellenzik a rendszerben uralkodó meggyőződést vagy a rendszer által kitűzött célokat?

MEGBESZÉLÉS

A cikkben ismertetett modellt a komplex rendszerek megváltozásának támogatására tervezték, és bár az elhízás népeségben belüli elterjedtségét egy komplex adaptív rendszer eredményének tekintik, a BM és a kapcsolódó elvek más problémákra is alkalmazhatók. A szerzők remélik, hogy ez a modell arra ösztönzi a szakembereket, hogy másképp gondolkodjanak azokról a rendszerekről, amelyekben dolgoznak, valamint hogy új és potenciálisan hatásosabb lehetőségeket találjanak a változások elérésére.

AJÁNLÁS

A népegészségügyi problémák legtöbbször az egészséget meghatározó komplex rendszerekben lépnek fel, ezért megoldáshoz nélkülözhetetlenek az olyan eszközök, amelyek a rendszer működésének megváltoztatásához használhatók fel. A Beavatkozások Mérlegmodelljének megismerése, használata során gyűjtött gyakorlati tapasztalatok lehetőséget kínálnak a hazai szakembereknek az eddigieknél eredményesebben kezelni a magyarországi egészségproblémákat.

HIVATKOZÁSOK

- Nobles, J. D., Radley, D., Mytton, O. T., & Whole Systems Obesity programme team (2022). The Action Scales Model: A conceptual tool to identify key points for action within complex adaptive systems. *Perspectives in Public Health*, 142(6), 328–337. <https://doi.org/10.1177/17579139211006747>
- Vitrai, J. (2022). Cikkismertetés: Rendszerszemléletű értelmezési keret népegészségügyi beavatkozásokhoz. *Egészségfejlesztés*, 63(3), 46–48. <https://doi.org/10.24365/ef.8488>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás–fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 10. 28.
Elfogadva: 2024. 11. 11.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Könyvismertetés: Új adatok a magyar serdülők életmódjáról és egészségéről

Book review: New Data on the Lifestyle and Health of Hungarian Adolescents

Ismertető: [Németh Ágnes](#)

Doi: [10.58701/mej.17019](https://doi.org/10.58701/mej.17019)

Ismertetett könyv: Németh, Á. (Ed.) (2024). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2022 – A WHO-val együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás nemzeti jelentése – legújabb adatok és trendek az elmúlt húsz évben. ELTE PPK – L'Harmattan. https://hbsc.ppk.elte.hu/dstore/document/10668/Nemeth_Iskolaskoru_gyermekek_egeszsegmagatartasa_0526.pdf

Kulcsszavak: serdülők; egészségmagatartás; szubjektív jóllét; trendek
Keywords: adolescence; health behaviour; subjective well-being; trends

Az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kara és a L'Harmattan Kiadó gondozásában jelent meg az idei Ünnepi Könyvhétre a Magyarországon már közel négy évtizede folyó nemzetközi kutatási projekt legújabb hazai eredményeit bemutató tanulmánykötet. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) kutatás keretében 2022 tavaszán tizedik alkalommal gyűjtött adatokat a magyar kutatócsoport országosan reprezentatív mintán a 11, 13, 15 és 17 éves iskolába járó lakosság körében, több mint 6000 tanuló megkérdezésével. A diákok adatszolgáltatása névtelenül, önkéntes kérdőívek segítségével (melyek 2018-ig papír formátumúak voltak, a legutóbbi felméréskor azonban már teljes egészében online adatfelvétel történt), iskolai és szülői beleegyezéssel, valamint a fiatalok részéről is önkéntesen valósult meg. A helyszínen a résztvevő iskolák tantermei voltak; egy osztály tanulói együttesen vettek részt a kérdőív kitöltésében egy számukra

ismeretlen, jól képzett kérdezőbiztos irányításával és felügyeletével. A felmérést etikailag az ETT-TUKEB hagyta jóvá (engedélyszám: IV/1638-3/2022/EKU).

A négyévente elvégzett felmérések alap-eredményeiről az ezredforduló óta átfogó kutatási jelentéseket ad ki a kutatócsoport mind elektronikus, mind nyomtatott formában. Ennek értelmében most egy sorozat hatodik elemét veheti kezébe az olvasó, illetve tekintheti meg a kutatás hazai honlapján (<https://hbsc.ppk.elte.hu>).

A jelentések a serdülők egészséget befolyásoló szokásainak, szubjektív jóllétének, valamint ezekre ható számos háttértényező mutatóinak leíró adatait ismertetik statisztikai pontossággal, de a laikus közönség számára is érthető és befogadható módon. Az eredmények nemi és életkori bontásban témakörönként fejezetekbe csoportosítva olvashatók. Az egyes fejezetek elméleti bevezetővel kezdődnek, majd a számszerű adatok

szöveges, táblázatos és grafikus bemutatása következik. Az eredmények értelmezése – ezen belül összehasonlítás korábbi és nemzetközi adatokkal – után a kapcsolódó irodalomjegyzék zárja a témafejezeteket. Az eredmények mellett a jelentések általános bevezetőt, az adott felmérés módszertanának részletes leírását, átfogó összegzést és szakmapolitikai ajánlásokat, valamint a legfontosabb eredmények angol nyelvű leírását tartalmazzák.

Ez a szerkezet és tartalom a most bemutatott kutatási jelentésre is jellemző, azonban számos újítást is fellelhetünk benne. A szerzők célja a változtatásokkal elsősorban az volt, hogy egy jól használható kézikönyvet állítsanak össze, amelyben az érdeklődők könnyen és gyorsan megtalálják a számukra megfelelő részletességű adatokat. Így a jelentésben az Előszót egy tömör, öt oldalas Vezetői összefoglaló követi, amelyben a legfontosabb eredményeket teszik közzé a tematikus fejezetek sorrendjében. A Bevezető és a Kutatás Módszertana fejezetek a korábbi kötetekben találhatóéhoz hasonló tartalmúak, megjelenésük és terjedelmük.

A korábbiaktól eltérően a jelentés a kutatási terület eredményeit nagyobb témakörök köré csoportosított fejezetekben mutatja be. Az első három az életmódbeli és egészségi mutatók háttértényezőiről szól: a tanulók és családjaik demográfiai és társadalmi-gazdasági helyzetéről, a szocializáció színtereiről (ezen belül a családi és iskolai kapcsolatokról), valamint külön fejezetet szentelnek a szerzők a kortárs-kapcsolatoknak, hiszen ezek jelentősége markánsan megnőtt kamaszkorban. Utóbbi fejezetben belül a kortársbántalmazás fontos témáját is részletesen körülbíráják. Az egészségmagatartás témáit két nagy fejezetben, az egészséget (potenciálisan)

támogató és veszélyeztető viselkedésmódkhoz kapcsolódó adatok ismertetésével és értelmezésével tárgyalják. Az utolsó, szintén terjedelmes tematikus fejezetben a testi és lelki (szubjektív) egészség jó néhány tényezőjét írják le. Újdonság ezekben a fejezetekben, hogy az elején a vizsgált témákat kulcsszavakként felsorolva, valamint a legfontosabb eredményeket pontokba szedve kiemelik. Továbbá számos mutató esetében jelen kutatási jelentésben elsőként időbeli trendeket is bemutatnak a szerzők: a legtöbb esetben a 2002 óta megvalósult hat felmérés alapján nyomon követhető változásokat, nemek szerinti bontásban.

Jelentésüket széles olvasóközönségnek szánják a szerzők: kutatóknak, serdülőkorúakkal foglalkozó szakembereknek, beleértve a döntéshozókat, de az érintett csoportoknak, azaz szülőknek és kamaszoknak is. Ezért újdonságként, a legfontosabb eredményeket még inkább kiemelendő, a tematikus fejezetekben 39 infografikát helyeztek el, melyek reményeik szerint figyelemfelhívók és könnyen értelmezhetők.

A kötetben való tájékozódást segíti, hogy az egyes tematikus fejezetek jellemző színekkel kiemeltek, és ezt a színkódot a Tartalomjegyzékben, a Vezetői összefoglalóban, az infografikákban, valamint az Angol nyelvű összefoglalóban is megtalálhatjuk.

Az eredmények a háttértényezők tekintetében azt mutatják, hogy a fiatalok társas kapcsolataikat általában erősnek és támogatónak érzik, ugyanakkor bizonyos területeken (pl. az iskolához való viszonyulás esetében) kedvezőtlen tendenciákat is megfigyelhetünk. A családok anyagi helyzete a 2010-es évek közepe óta határozott javulást mutatott, ám még mindig jelentős a nem kielégítőnek

mondható körülmények között élők aránya. A tanulók kortárs kapcsolataikról általában kedvezően számolnak be, de meg kell említeni, hogy a kortársbántalmazás nem elhanyagolható mértékben van jelen körükben.

Az egészségmagatartások hasonlóan vegyes képet vetít elénk. Számos kedvező változást láthatunk ezeken a területeken (pl. fizikai aktivitás, egyes táplálkozási mutatók), de talán még több a kedvezőtlen tendencia, különösen a szerfogyasztás és az elektronikusmédia-használat területén különösen az elmúlt 8-10 évben. Sok esetben a javuló eredmények mellett továbbra is kedvezőtlen a fiatalok egészséget meghatározó szokásainak általános képe.

A kutatók a szubjektív testi és lelki egészség számos jellemzőjét vizsgálták legutóbbi felmérésükben, mivel ez nemzetközi szinten kiemelt témája volt ennek az adatfelvételi hullámnak. E tekintetben több aggasztó adatról kell beszámolniuk, akár az időbeli változásokat, akár az aktuális arányszámokat vesszük figyelembe. A pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakorisága riasztóan növekedett, illetve az egészségüket általában kiválóan értékelő tanulók aránya jelentősen csökkent az elmúlt húsz évben. A felmérés a COVID-időszak után készült, ezért a világjárvány hatásai nagy valószínűséggel szerepet játszanak a kedvezőtlen eredményekben. A kérdés során arról is kértek információt a fiataloktól, hogy milyennek érezték a járvány miatt az életükben bekövetkező jelentős változások hatását az egészségükre, szokásaikra, kapcsolataikra, valamint általában a mindennapjaikra vonatkozóan.

A jelentés végén hagyományosan Szakmapolitikai ajánlások fejezet található, melyben az eredmények csoportosított

összefoglalása alapján írták le a szerzők javaslatukat. Ez alkalommal a korábbiaknál talán nagyobb részletességgel: konkrétumokat és általános rendszerszintű változtatási ajánlásokat megfogalmazva. A jelentéseket általában záró, az eredmények értelmezéséhez nélkülözhetetlen módszertani ismereteket, illetve a legfontosabbnak tartott eredményeket tartalmazó Angol nyelvű összefoglaló a legújabb kiadványban is a korábbi gyakorlatnak megfelelő részletességgel olvasható.

A jelentés szerkesztőjének és szerzőinek korábbi tapasztalatai szerint a HBSC aktuális kutatási beszámolóit nagy szakmai érdeklődés övezte. Ezt szeretnék fenntartani, illetve, amennyiben lehetséges növelni, és kiterjeszteni az érintettek érdeklődésének felkeltésével is, a kutatás céljának megvalósítása érdekében, azaz, hogy a jövőben felnövő generációk egészségesebbek legyenek a mainál. Remélik, hogy a legfrissebb jelentés újításai ezt a cél szolgálják.

AJÁNLÁS

A kötet hasznos adatokkal szolgálhat kutatók számára többek között referenciaforrásként. A serdülőkkel foglalkozó egészségügyi, pedagógiai, és szociális területen dolgozó szakemberek ismereteik bővítésére használhatják, mely a mindennapi munkájuk végzésében segítheti őket. Döntéshozó szakpolitikusok, egészségfejlesztéssel, illetve stratégiatervezéssel foglalkozó szakemberek tevékenységéhez alapvető adatforrás lehet. Közvetlen egészségnevelő és fejlesztő funkciót is betölthet, mivel a kutatási célok címzettjei, a szülők és maguk a fiatalok is könnyen értelmezhető formában találkozhatnak tudományos eredményekkel és ismeretekkel ebben a kiadványban.

HIVATKOZÁSOK

Németh, Á. (Ed.) (2024). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása 2022 – A WHO-val együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás nemzeti jelentése – legújabb adatok és trendek az elmúlt húsz évben*. ELTE PPK – L'Harmattan. https://hbsc.ppk.elte.hu/dstore/document/10668/Nemeth_Iskolaskoru_gyermekek_egeszsegmagatartasa_0526.pdf

TÁMOGATÁS

Kutatásunk a „K 139265 számú projekt az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a K_21 „OTKA” pályázati program finanszírozásában valósult meg.”

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Németh Ágnes
Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest
nemeth.agnes@ppk.elte.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 09. 02.
Elfogadva: 2024. 10. 09.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Németh Ágnes. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

FORDÍTÁS

Fordítás: Rendszerszemlélet alkalmazása hátrányos helyzetű serdülők egészségfejlesztését célzó, részvételi akciókutatásban

Translation: Applying systems thinking in youth-centered participatory action research for health promotion in an underserved neighborhood

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.17035](https://doi.org/10.58701/mej.17035)

Fordított cikk: Emke, H., Altenburg, T., Dijkstra, C., Pinzon, A. L., Stronks, K., Waterlander, W., Kremers, S., & Chinapaw, M. (2024). Applying systems thinking in youth-centered participatory action research for health promotion in an underserved neighborhood. *Frontiers in Public Health*, 12, 1272663.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1272663>

Kulcsszavak: részvételi akciókutatás; rendszerszemléletű gondolkodás; serdülők; elhízás; túlsúlyosság

Keywords: participatory action research, systems thinking, adolescents, obesity, overweight

Absztrakt

CÉL: A gyermekkori túlsúlyt olyan összetett problémának tekintik, amelyet számos tényező befolyásol, beleértve az energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformákat és e viselkedésformák interaktív mozgatórugóit. Egyre több szakember ismeri fel, hogy a komplex, összetett problémák kezeléséhez olyan rendszerszemléletű megközelítésre van szükség, amely a rendszer működésének megváltoztatására irányuló intézkedéseket eredményez. Emellett a részvételen alapuló megközelítés alkalmazása mellett is érvelnek, hogy a rendszer megértése, valamint a változtatását célzó intézkedések kidolgozása, végrehajtása és értékelése során az érintett népesség tapasztalatait is figyelembe vegyék. Ezért a beavatkozások feltérképezését, a részvételi akciókutatást és a rendszerdinamikai elemzést kombináltuk az egészséges energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák előmozdítására irányuló intézkedések serdülőkkel közösen történő kidolgozása, végrehajtása és értékelése során.

MÓDSZEREK: Négy részvételi akciókutató csoport, amely 6–8, 10–14 éves serdülő társkutatóból és 1–2 felnőtt facilitátorból állt, akik 3–4 éven keresztül hetente találkoztak. A strukturált Beavatkozás-térképezés protokoll irányította az intézkedések szisztematikus kidolgozásának, végrehajtásának és értékelésének folyamatát. A társkutatók a rendszerdinamikai eszközöket a komplex oksági diagramok elkészítéséhez és a rendszerszintű intézkedések kidolgozásához alkalmazták.

¹ EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

EREDMÉNYEK: Megközelítésünk a részvételi akciókutató csoportok által végrehajtott hat lépésből állt: (1) komplex oksági diagramok készítése minden egyes energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformához az átfogó mechanizmusok azonosításához kortárskutatásokon keresztül, (2) a beavatkozási pontok meghatározása a Beavatkozási Szintek Keretrendszer segítségével, (3) cselekvési ötletek kidolgozása, (4) részletes intézkedések kidolgozása, beleértve a végrehajtási tervet, (5) végrehajtás és (6) az intézkedések értékelése. A részvételi akciókutatás biztosította, hogy az intézkedések illeszkedjenek a serdülők tapasztalataihoz, míg a rendszerdinamikai elemzés a rendszer különböző szintjein történő intézkedéseket támogatta. A Beavatkozás-térképezés protokoll biztosította az intézkedések elméleti megalapozottságát. A fő kihívást a rendszerdinamikai elemzés gyakorlatba való integrálása jelentette együttműködve a serdülőkorú társkutatókkal.

KÖVETKEZTETÉS: Azt tapasztaltuk, hogy a Beavatkozás-térképezés, a részvételi akciókutatás és a rendszerszemlélet kombinációja jól működött a serdülők energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformáját befolyásoló rendszer különböző szintjeit célzó intézkedések kidolgozásában, végrehajtásában és értékelésében. Ez a tanulmány példaként szolgál más olyan kutatás számára, amelynek célja a részvételi és rendszerszemléletű megközelítést alkalmazó intézkedések kidolgozása, végrehajtása és értékelése.

Abstract

PURPOSE: Childhood overweight is considered a complex problem influenced by a range of factors, including energy balance-related behaviors (EBRBs) and interacting drivers of these behaviors. There is growing support that applying a systems approach is required to tackle complex problems resulting in actions that attempt to change the system's dynamics. Additionally, a participatory approach is advocated to include the lived experience of the population of interest both in the understanding of the system as well as the development, implementation and evaluation of relevant actions. We therefore combined Intervention Mapping, Participatory Action Research (PAR) and system dynamics in the development, implementation and evaluation of actions contributing to healthy EBRBs together with adolescents.

METHODS: Four PAR groups comprising of 6–8 adolescent co-researchers (10–14 years old) and 1–2 adult facilitators met weekly during 3–4 years. The structured Intervention Mapping protocol guided the process of the systematic development, implementation and evaluation of actions. System dynamics tools were included for the creation of Causal Loop Diagrams and development of systemic actions.

RESULTS: Our approach comprised six steps that were executed by the PAR groups: (1) build Causal Loop Diagrams for each EBRB through peer research and identify overarching mechanisms, (2) determine leverage points using the Intervention Level Framework, (3) develop action ideas, (4) develop detailed actions including an implementation plan, (5) implement and, (6) evaluate the actions. PAR ensured that the actions fitted the lived experience of the adolescents, whilst system dynamics

promoted actions at different levels of the system. The Intervention Mapping protocol ensured that the actions were theory-based. The main challenge involved integrating system dynamics within our practice in cooperation with adolescent co-researchers.

CONCLUSION: We experienced that combining Intervention Mapping, PAR and system dynamics worked well in developing, implementing and evaluating actions that target different levels of the system that drive adolescents' EBRBs. This study serves as an example to other studies aimed at developing, implementing and evaluating actions using a participatory and systems approach.

1. BEVEZETÉS

A túlsúly és az elhízás olyan összetett problémának tekinthető, amely az egyéni jellemzőktől kezdve az elhízást okozó fizikai, gazdasági, politikai és szocio-kulturális környezet hatásain át az egymásra ható tényezők kölcsönhatásából adódik (1, 2). A tényezőknek ezt a hálóját komplex rendszernek nevezik. A túlsúly és az elhízás háttérében álló hálózat releváns tényezői az energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák (EBV), beleértve a fizikai aktivitást, a képernyőhasználatot, az alvást és a táplálkozási magatartást, valamint e magatartásformák mögöttes mozgatórugóit, amelyek bonyolult kölcsönhatásban vannak egymással (3-5). Az obezogén környezet fontos serkentője ezeknek az egyéni viselkedéseknek, így a túlsúly annak az eredménye, hogy az emberek normálisan reagálnak erre a környezetre (6, 7). Jó példa erre az olcsó és nagy energiasűrűségű élelmiszerek széles körű elérhetősége és forgalmazása, amelyet részben a nagy élelmiszer- és italgyártók lobbierője okoz (6, 7). Egy másik példa erre az, hogy a városi szabadtéri környezet nem eléggé vonzó az aktív játékhoz – különösen a serdülők számára (8).

Az EBV-k¹ javítására irányuló jelenlegi beavatkozások nem elegendők. Világ-

szerte drasztikusan megnőtt a gyermek- és serdülőkorú túlsúly és elhízás előfordulása, az 1975-ös 4%-ról 2016-ra több mint 18%-ra emelkedett (9). Hollandiában 2018 és 2022 között a 4-12 évesek körében a túlsúlyosság előfordulási gyakorisága 12%-on maradt, míg a 12-16 évesek körében 12-ről 14%-ra növekedett (10). A Covid-19 járvány közepette a túlsúlyos serdülők prevalenciája 2021-ben a 4-12 évesek körében 16%-on, a 12-16 évesek körében pedig 19%-on tetőzött 2020-ban (10). Különösen aggasztó, hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű családokból származó gyermekek és serdülők körében nagyobb a gyakoriság (11). A társadalmi csoportok közötti, egyre növekvő egészségesegyenlőtlenségek azt sugallják, hogy a meglévő beavatkozások vagy fenntartják, vagy növelik az egészségesegyenlőtlenségeket (11, 12). Az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű családok gyakran élnek olyan városrészekben, ahol kevesebb lehetőség van a fizikai aktivitásra, és lényegesen több a gyorsétterem (13, 14). Továbbá, az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű családok kisebb valószínűséggel vesznek részt a beavatkozásokban, amelynek részben az lehet az oka, hogy a jelenlegi beavatkozások nem felelnek meg eléggé az igényeiknek és preferenciáiknak (15, 16).

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

A rendszerszemléletű gondolkodás ígéretes megközelítés a komplex problémák kezelésére, mivel jobban értelmezi a serdülők EBV-it alakító komplex rendszer működését, és ezt követően támogatja olyan intézkedések kidolgozását, amelyek a rendszer működésének megváltoztatását kísérik meg a problémák mögöttes okait megcélózva (6, 8). A rendszerszemléletű gondolkodásban a komplex problémákat úgy vizsgálják és kezelik, hogy a különálló elemek helyett az elemek és a visszacsatolási hurkok összekapcsolódó halmazából álló, teljes rendszert vizsgálják (17). Például a képernyőhasználat a serdülőknél gyakoribb, egészségtelen mértékű nassoláshoz, kevesebb testmozgáshoz és csekélyebb alvásminőséghez vezet (8). A rosszabb alvásminőség viszont több nassolást és kevesebb fizikai aktivitást idéz elő. Ez rávilágít annak fontosságára, hogy a serdülők körében a túlsúly és az elhízás elleni küzdelem érdekében egyszerre több EBV-t kell kezelni (8). A rendszerszemléletű gondolkodás egyik sajátos megközelítése a részvételi rendszerdinamikai elemzés, amelyben az érintett lakosságot bevonják a rendszer megértésének és megváltoztatásának folyamatába (18). A rendszer ok-okozati térképének kidolgozásával együtt alakítják ki a rendszer dinamikus természetének és a rendszer különböző elemei közötti kapcsolatnak a közös megértését (19). A serdülőkkel végzett, a rendszerdinamikát alkalmazó korábbi kutatások újszerű betekintést nyújtottak a serdülőkori elhízás bizonyos, a meglévő kutatásokban és szakpolitikákban nem jól dokumentált mozgatórugóiba, beleértve a közösségi média és a mentális egészség kulcsfontosságú befolyását (20). Ez mutatja a rendszerdinamikai megközelítés és a serdülők szempontjainak bevonásának fontosságát. Ez összhangban van azzal az ismeretelméleti szemlélettel,

amely elismeri, hogy a rendszer összetett jellegét a tudományos kutatókkal és az érintettekkel együtt fejlesztett tudás révén lehet a legjobban megérteni (21).

A részvételi akciókutatás (RAK) ahhoz az ismeretelméleti szemlélethez is illeszkedik, amelynek megfelelően a tudományos kutatók egy adott kontextus megértésére törekednek az észlelt tudáson keresztül (22, 23). A RAK ígéretes a serdülők EBV-ét alakító rendszernek az ő szemszögükből való, jobb megértéséhez és javításához. A RAK-ot az együttműködés és a közös döntéshozatal jellemzi az érintett népelességgel a kutatási folyamat során, azzal a céllal, hogy javítsa az egészséget és csökkentse az egészségegyenlőtlenségeket (24). A RAK révén a serdülők lehetőséget kapnak arra, hogy társ-kutatóként vegyenek részt a kutatásban, ami viszont olyan tudással, készségekkel és képességekkel ruházza fel őket, amelyek szükségesek ahhoz, hogy mind a saját, mind a társaik sajátos környezetével kapcsolatos kutatásokat végezzenek (24, 25). A RAK-ban való részvételtől kiderült, hogy javítja a serdülők egyéni fejlődését, önállóságát és a társadalmi problémák kritikai tudatosságát, ami lehetővé teszi számukra, hogy elgondolkodjanak az általuk tapasztalt problémákon és cselekedjenek (26). Egy korábbi, 9–12 éves serdülőkkel végzett RAK-projekt azt mutatta, hogy a serdülőkorú társ-kutatók tudatossága nőtt az EBV-kel kapcsolatban, valamint javult az önbizalmuk, a kritikai tudatosságuk, a vezetői és együttműködési készségük (27). Az ebben a konkrét RAK-projektben részt vevő közösségi partnerek nagyra értékelték a serdülők hozzájárulását és az általuk kidolgozott intézkedéseket (27). Mind a RAK, mind a rendszerszemlélet esetében a hangsúly a kontextus és a beavatkozások kölcsönhatásán van. A

Komplex Beavatkozások Kontextusa és Végrehajtása Keretrendszer által leírtak szerint a környezet (azaz a konkrét fizikai helyszín) kölcsönhatásban van a kontextussal és a beavatkozás végrehajtásával (28). Hasonlóképpen, a környezet és a kontextus befolyásolja a beavatkozásoknak az érintettek általi kidolgozását, a rendszerről alkotott meglátásaik, valamint szükségleteik és érdekeik alapján. Következésképpen a kifejlesztett beavatkozások eltérhetnek különböző környezetben és kontextusban.

A serdülőkorúak EBV-jének javítását célzó intézkedések kidolgozása során kihívást jelenthet az érintettektől származó elképzelések összehangolása a szakirodalomban leírt elmélettel és/vagy empirikus eredményekkel, az értelmező perspektíva és a posztpozitívista perspektíva kombinálásával (29). A posztpozitívista perspektíva a legobjektívabb bizonyítékokra törekszik, és gyakran kvantitatív adatokat is tartalmaz (19, 21). A Beavatkozástérképezés (BT) protokoll egy olyan tervezési keret, amelyet az elméleten és bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési programok kidolgozásához, végrehajtásához és értékeléséhez használnak. Ez a szisztematikus és lépésenkénti protokoll használható az intézkedések kidolgozásának és végrehajtásának strukturálására, figyelembe véve mind az érintettek szempontjait, mind a szakirodalomból származó aktuális bizonyítékokat (29).

A BT, a rendszerdinamikai elemzés és a RAK-megközelítések kombinálása döntő fontosságúnak bizonyulhat a serdülőkori túlsúly összetett problémáját kezelő beavatkozások kidolgozásában. Ebben a kombinációban a BT szisztematikus és lépésenkénti keret biztosít az elméleten és bizonyítékokon alapuló beavatkozások kidolgozásához, míg a rendszerdinamikai

technikák a serdülők EBV-jét befolyásoló rendszer összetettségének megértését szolgálhatják. A RAK útmutatást nyújt arra, hogyan lehet hatékonyan bevonni az érintett populációt úgy, hogy a beavatkozások megfeleljenek a sajátos szükségleteiknek és érdekeiknek. Nem léteznek azonban olyan kutatások, amelyek hatékonyan kombinálják ezeket a megközelítéseket. Ezért ez a tanulmány bemutatja, hogyan kombináltuk a BT-t, a RAK-ot és a rendszerdinamikát a serdülőkkel közösen az egészséges EBV-hez hozzájáruló intézkedések fejlesztése, végrehajtása és értékelése során.

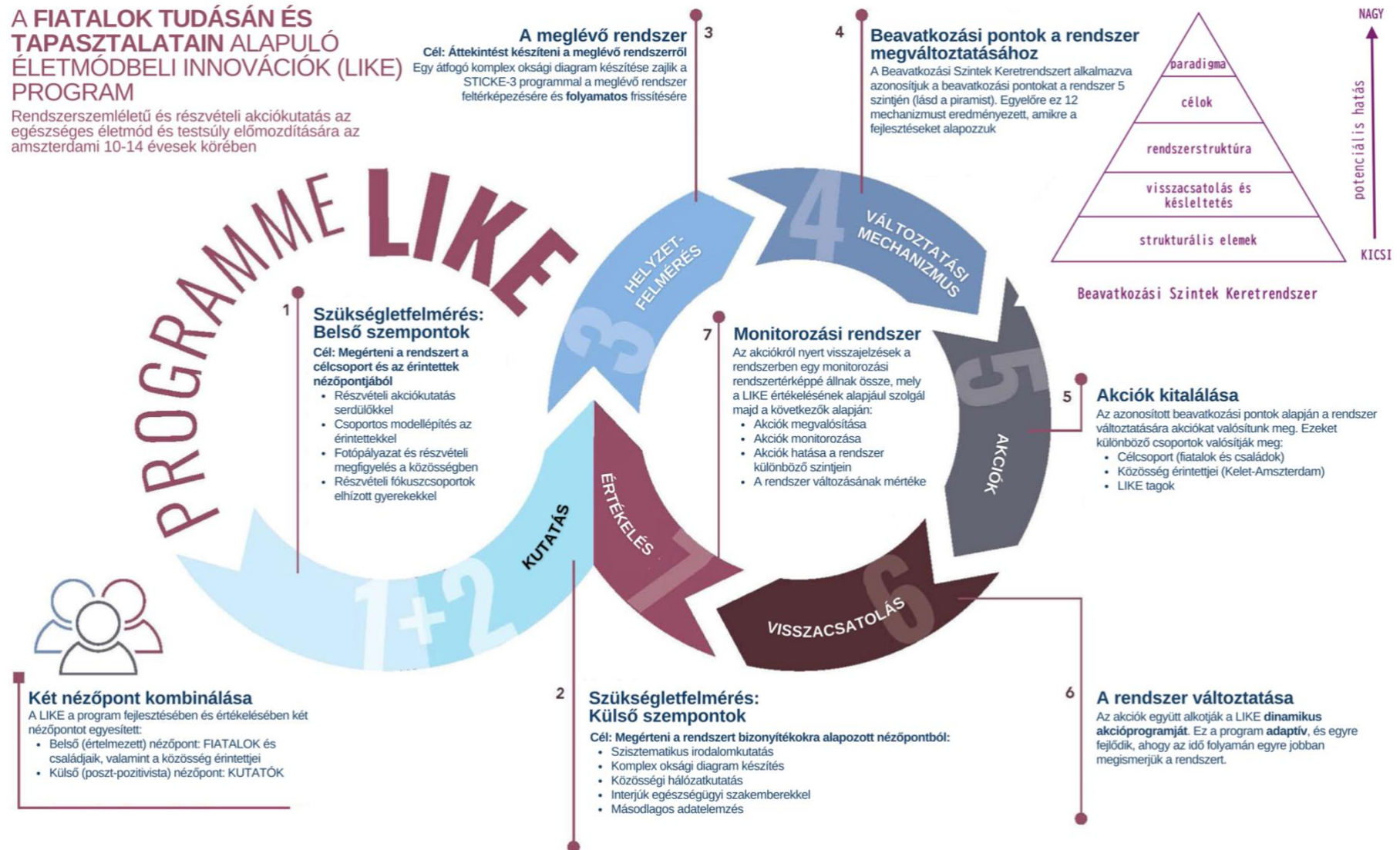
2. MÓDSZEREK

Ez a kutatás a „Fiatalok tudásán és tapasztalatán alapuló életmódbeli innovációk” (Lifestyle Innovations Based on Youth Knowledge and Experience), avagy a LIKE program része, amelynek célja a túlsúly és elhízás összetett problémájának kezelése a hollandiai Amsterdam keleti részén, egy hátrányos környéken élő 10–14 éves serdülők körében (23). A LIKE része az amszterdami Egészséges testsúly programnak, amely egy önkormányzati vezetésű rendszerszemléletű megközelítés. A program 2013 óta működik azzal a céllal, hogy megakadályozza az amszterdami gyermekek túlsúlyossá válását (30). Az 1. ábra a LIKE programot mutatja be vázlatosan (19). Az ábrán kiemelt részek a jelen tanulmányban ismertetett részeket jelzik. Bár a lépések lineárisan vannak ábrázolva, a valóságban a folyamat sokkal inkább iteratív. A VU Egyetemi Orvosi Központ orvosi etikai bizottsága hagyta jóvá a vizsgálati protokollt (2018).

1. ábra: Az amszterdami program áttekintése

A FIATALOK TUDÁSÁN ÉS TAPASZTALATAIN ALAPULÓ ÉLETMÓDBELI INNOVÁCIÓK (LIKE) PROGRAM

Rendszerszemléletű és részvételi akciókutatás az egészséges életmód és testsúly előmozdítására az amszterdami 10-14 évesek körében



EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

2.1. Eljárások és résztvevők

A jelenlegi vizsgálatra három olyan kelet-amszterdami közösségben került sor, amelyeket az amszterdami Egészséges testsúly program kiemelt fontosságú környékként határozott meg a túlsúlyos serdülők viszonylag magas aránya alapján (a 10 évesek 24–31%-a) (31, 32). Ezekben a közösségekben viszonylag magas volt a nem nyugati származásúak aránya (34–44%), valamint az alacsonyabb iskolai végzettségű családokból (26–28%) és a tartósan szegény háztartásokból (15–18%) származó általános iskolás gyermekek aránya (32).

A résztvevők toborzásának módját részletebben a szükségletfelmérésről szóló cikkünkben ismertetjük (33). Egyszerűen fogalmazva, a résztvevők 10–14 éves serdülők voltak, akik olyan általános vagy középiskolába jártak, amely a kiválasztott közösségek egyikében található, és diákjaik legalább 50%-a Amszterdam keleti részén él. Négy általános iskola és öt középiskola felelt meg a bevonási kritériumoknak. Az iskolákat az amszterdami Egészséges testsúly program munkatársai hívták meg a vizsgálatban való részvételre. Két általános iskola és két középiskola nem válaszolt, míg egy középiskola elutasította a részvételt. Így összesen két általános iskola és két középiskola vállalta a részvételt. A résztvevő iskolákon belül az általános iskolák utolsó két osztályának és a középiskolák első két osztályának serdülőit hívták meg a RAK-csoportokba. Mivel a legtöbb serdülő egy tanéven keresztül vett részt a programban, az új RAK-tagok toborzását minden iskolában évente megismételték. Az általános iskolai serdülők önkéntes alapon vettek részt a programban a tanítási idő után, míg a középiskolások a tanítási idő alatt, egy szabadon választható tantárgyra való beiratkozással. Minden iskolában egy-egy

RAK-csoportot alakítottak ki, amely 6–8 serdülőkorú társukatóból és egy tudományos kutatóból állt, aki a foglalkozásokat facilitálta.

2.2. Intervenciós térképezés, rendszerdinamikai elemzés és részvételi akciókutatás

Ebben a tanulmányban kombináltuk a BT, a rendszerdinamikai elemzés és a RAK megközelítést; az utóbbi volt a vezető megközelítés. Először külön-külön ismertetjük a megközelítéseket, majd a BT lépéseiként ismertetjük a kombinált megközelítést. Az eredmények fejezetben leírjuk, hogyan hajtottuk végre ezeket a lépéseket a valóságban, beleértve a részleteket is.

2.2.1. Beavatkozás-térképezés

A BT protokoll hat lépésből áll, amelyek az elméleten és a bizonyítékokon alapuló beavatkozások fejlesztését, végrehajtását és értékelését strukturálják (29). A hagyományos BT-protokoll első lépése az egészségprobléma felmérését, az érintett populáció szükségleteinek felmérését és a jobb egészségi állapot és életminőség érdekében a beavatkozási célok meghatározását foglalja magában. A második lépés meghatározza, hogy kinek és min kell változtatnia a probléma javítása érdekében. Ebben a lépésben tanácsos minden egyes szereplőre és témára vonatkozóan mátrixokat készíteni a változtatási célokkal együtt, amelyek pontosan meghatározzák, hogy mit kell megváltoztatni az egyes befolyásoló tényezők esetében a beavatkozás konkrét céljainak elérése érdekében. A harmadik lépésben a beavatkozásokra vonatkozó ötletek generálása következik, majd olyan elméleti és viselkedésváltoztatásra irányuló gyakorlati alkalmazások azonosítása, amelyek potenciálisan hatékonyak a viselkedést befolyásoló tényezők megváltoztatásában. Ez a lépés

a beavatkozás megtervezésében zárul. A negyedik lépés során a beavatkozást a résztvevőkkel és a végrehajtókkal való konzultáció révén pontosítják. Ezt követően a beavatkozás finomítása, az anyagok elkészítése, majd a beavatkozás tesztelése és előállítása következik. Az ötödik lépésben azonosítják azokat a potenciális érintetteket, akik megvalósíthatják a beavatkozást, és tervet készítenek a végrehajtás kidolgozása. A hatodik és egyben utolsó lépés az értékelési terv kidolgozására vonatkozik. Ez a lépés magában foglalja a hatás- és folyamatértékelést (29).

2.2.2. Rendszerdinamikai elemzés

Két módszert használtunk a rendszerdinamikai eszköztárból, nevezetesen a komplex oksági diagramok (KOD) és a Beavatkozási Szintek Keretrendszer (BSZK) kidolgozását (34, 35). A rendszerdinamikán belül a KOD-okat a célzott probléma dinamikus összetettségének vizualizálására használják azáltal, hogy megmutatják, hogyan hatnak egymásra a befolyásoló tényezők a kapcsolatokon és a visszacsatolási hurkokon keresztül (36). Ezek a visszacsatolási hurkok és a befolyásoló tényezők közötti kapcsolatok felhasználhatók olyan rendszerek átfogó mechanizmusainak leírására, mint például az élelmezési környezet vagy a szülők felelőssége a gyermekeik egészségmagatartásáért (8). A KOD segíti a megértést, ami azután a cselekvésfejlesztés kiindulópontjaként szolgálhat.

A BSZK-t a rendszer több szintjén is alkalmazták a beavatkozási pontok azonosításának és az intézkedések kidolgozásának elősegítése érdekében. A BSZK Meadows-tól származik, aki 12 olyan pontot határozott meg, ahol a komplex rendszerekben célszerű beavatkozni (17). Johnston et al. ezt aztán öt rendszer-szintre foglalta össze: Paradigma, Célok,

Rendszerstruktúra, Visszacsatolás és Késleltetések, valamint Strukturális elemek (34). A Paradigma a legmagasabb rendszerszint, és egy rendszer legmélyebben őrzött hiedelmeiből áll, amelyeket nehéz megváltoztatni (pl. az aktív szabadtéri játék rutinszerű viselkedésnek számít a serdülők körében). A Célok a rendszer Paradigmájának megfelelő olyan célok, amelyeket el kell érni ahhoz, hogy a Paradigmaváltás megtörténjen (pl. a rendszer szolgálja a serdülők szükségleteit). A Rendszerstruktúra a rendszer elemei és alrendszerei közötti kapcsolatokra utal. Az ezen a szinten végzett tevékenységek képesek megváltoztatni a rendszer struktúráját (pl. a várostervezők és az ifjúság képviselői rendszeresen együttműködnek). A Visszacsatolások és Késleltetések lehetővé teszik, hogy a rendszer önmagát erősítő vagy kiegyensúlyozó visszacsatolási hurkokon keresztül szabályozza (pl. a szabadtéri létesítmények vonzóak, ezért a serdülők nagyobb mértékben veszik szükségletbe őket, ami viszont más serdülők számára is vonzóbbá teszi). Végül a Strukturális elemek szintje több tényezőt, például alrendszereket, szereplőket és fizikai elemeket tartalmaz, és a legkönnyebben megváltoztatható szint (pl. a középiskolák arra ösztönzik a serdülőket, hogy használják a szabadtéri létesítményeket) (34).

2.2.3. Résztvételi akciókutatás

Ebben a kutatásban a RAK megközelítést úgy alkalmazták, hogy a kutatás teljes időtartama alatt együttműködtek a serdülőkkel, mint társkutatókkal, a szükségletek felmérésétől, az adatgyűjtéstől, az adatelemzéstől és az intézkedések kidolgozásától egészen a serdülők EBV-jének javítását célzó intézkedések végrehajtásáig és értékeléséig. Ez biztosította, hogy a kutatási folyamat minden egyes vonatkozásában figyelembe vegyék a ser-

dülők szempontjait. A RAK megközelítésünket az önmeghatározás elmélete vezérelte, amely szerint az embereknek három elemi szükségletük van ahhoz, hogy a foglalkozások során pozitív jóllétet tapasztaljanak: (1) autonómia, (2) kompetencia és (3) kapcsolat (37). Ha ezek a szükségletek teljesülnek, az elősegíti az önmotivációt és a jó mentális egészséget (37). Amikor a RAK-ot a serdülő társ kutatókkal végeztük, arra törekedtünk, hogy a RAK foglalkozásokon belül mindegyik szükségletet kielégítsük. Pontosabban, arra törekedtünk, hogy javítsuk a társ kutatók autonómiáját az által, hogy segítettük őket mind a saját, mind a társaik életének javításában (24). A jelenlegi projektet a kutatók kezdeményezték, ami azt jelenti, hogy a RAK-csoportok kialakítását megelőzően a tudományos kutatók megállapították, hogy a projekt középpontjában a túlsúly problémája és a specifikus EBV-k álltak. A társ kutatók számára ezt úgy kommunikálták, mint a serdülők egészséges életmódjának javítását. Miután a RAK-csoportok megalkultak, a facilitátorok támogatták a serdülők autonómiáját azáltal, hogy társ kutatóként hagyták őket befolyásolni a kutatási folyamatot, és így egy közösen birtokolt kutatási folyamatot hozzanak létre (38). Például azáltal, hogy hagyták, hogy ők válasszák meg a kutatási módszert és a cselekvésük célját. Azáltal, hogy a társ kutatókat ismeretekkel, készségekkel és képességekkel láttuk el, kompetenciát szereztek a kutatásvezetés és a kapcsolódó készségek terén (25). Jelen kutatásban a társ kutatókat kapacitásépítéssel készítettük fel, amelynek során olyan alapvető kutatási elveket és módszereket tanultak, amelyek lehetővé tették számukra, hogy társaskutatást végezzenek, különböző rendszerdinamikai módszereket alkalmazzanak, és segítsék őket elméletalapú cselekvések kidolgozásában, és más fontos napi készségekkel, például szervezési készségekkel. Ez magában fog-

lalta az etikai megfontolásokat is, valamint azt, hogy hogyan védjék társaik magánéletét. A társ kutatók kapcsolatrendszerének javítása érdekében az első foglalkozásokon a biztonságos környezet és a csapatszellem megteremtésére összpontosítottunk azáltal, hogy informális beszélgetéseken, valamint konkrét bemutatkozó, csapatépítő és csoportalakító játékokon keresztül megismertük egymást. E biztonságos környezet és a csapatszellem fenntartása folyamatos erőfeszítést igényelt a RAK-csoport munkájában és a kutatás valamennyi lépése során. Minden egyes RAK-ülést egy bejelentkezési gyakorlattal kezdtünk, amely egy játékból vagy egy rövid informális beszélgetésből állt, és a biztonságos környezet és a csapatszellem fenntartását célozta, valamint segítette a csoporttagokat abban, hogy beilleszkedjenek a foglalkozásba.

2.3. A RAK, a rendszerdinamikai elemzés és az BT kombinálása

2.3.1. Az 1. lépés: a rendszer feltérképezése

Ez a lépés magában foglalta egy részvételi szükségletfelmérés elvégzését, amely két lépésre oszlott: (1a) megismertük a serdülők szempontjait az EBV-eket befolyásoló tényezőkkel (fizikai aktivitás, képernyőhasználat, alvási magatartás és táplálkozási magatartás) kapcsolatban, és (1b) bemutattuk, hogy ezek az észlelt tényezők hogyan kapcsolódnak egymáshoz.

2.3.1.1. Az 1a. lépés: az energia-egyensúlyhoz kapcsolódó magatartásformák megismerése

Az iskolatársaik körében végzett kutatás előkészítése érdekében a társ kutatók először betekintést nyertek saját EBV-jükbe. Arra számítottunk, hogy ez segíteni fogja a RAK-i csoportokat abban, hogy kutatási kérdéseket fogalmazzanak meg a

kutatásukhoz. Minden RAK-csoport egy vagy két EBV-re összpontosított, beleértve a fizikai aktivitást, a képernyőhasználatot, az alvási magatartást és a táplálkozási magatartást. A facilitátorok elmagyarázták a következő módszereket, amelyek közül a társkutatók aztán kiválaszthatták a számukra legkedvezőbbet: idővonal készítése a napjukról, barangolás a környéken, információkeresés az interneten és az egészségtelen viselkedés okainak bemutatása egymásnak. Miután megismertük együtt az EBV-eket, egy akadémiai kutató (akit a "kutatási módszerek szakértőjeként" mutattak be) megtanította a társkutatókat a kutatási készségekre. Ezt követően a RAK-csoportok különböző kutatási módszerek alkalmazásával egymás közötti kutatást végeztek, és elemezték az adatokat. A facilitátor segítette a társkutatókat az adatok értelmezésében, különösen az egészségtelen EBV-khez kapcsolódó tényezők, valamint az e tényezők és a viselkedés közötti kölcsönhatások azonosításában. A társkutatók ezután bemutatták adataikat az osztálytársaiknak vagy az iskolatanácsnak, például egy poszterbemutató segítségével, hogy növeljék a projekt ismertségét. Ezt azzal indokoltuk, hogy úgy éreztük, a projektnek nagyobb hatása lesz, ha jobban láthatóvá válik az iskolában. Ennek a lépésnek a végeredménye az EBV-kre vonatkozó szakértői kutatás eredményei voltak.

2.3.1.2. Az 1b. lépés: A rendszer megértése

Az 1b. lépésben a RAK-csoportok a szakértői kutatás eredményeire alapozva kidolgozták a KOD-kat minden egyes EBV-re, amelyre a csoport összpontosított. A KOD-k kidolgozásának alapjául szolgáló kutatási kérdés a következő volt: milyen tényezők magyarázzák a 10–14 éves amszterdami (keleti) kamaszok egészségtelen viselke-

dését (az egyes EBV-k esetében meghatározottak szerint)? A társkutatók beszámoltak a kortárskutatásuk során azonosított tényezőkről, míg a facilitátor ezt követően a STICKE-2 szoftver¹ segítségével a KOD-ba illesztette azokat. A KOD-ok kidolgozásának folyamata során a facilitátor elmagyarázta, hogy a hangsúlyt azokra a tényezőkre kell helyezni, amelyeket az emberek megváltoztathatnak, így kizárva az olyan tényezőket, mint például az időjárás, amelyeket nem tudnak befolyásolni. A társkutatók a facilitátor segítségével addig állítottak fel kapcsolatokat a tényezők között, amíg már nem tudtak további kapcsolatokat azonosítani. Az összefüggést nem mutató tényezőket ezt követően eltávolították a KOD-ból. Ezután a RAK-csoportok a visszacsatolási hurkok azonosítására összpontosítottak, és szükség esetén optimalizálták a tényezők közötti kapcsolatokat a visszacsatolási hurkok kiteljesítése érdekében. Ezenkívül minden KOD-t egy másik RAK-csoport is ellenőrzött, a KOD ellenőrzése vagy validálása céljából. A RAK-csoportok az iskolai környezetükből származó összes KOD-ot elemezték a kapcsolatok és az azonosított visszacsatolási hurkok ellenőrzésével. Az iskolai környezetük összes KOD-ja alapján a RAK-csoportok ezután folytatták a mechanizmusok azonosítását, amelyeket az EBV-eket befolyásoló átfogó témákként értelmeztek. E lépés végeredménye hat KOD volt, minden egyes EBV és iskolai környezet (azaz általános és középiskolák) és azonosított mechanizmusok tekintetében.

2.3.2. A 2. lépés: a program eredményei és célkitűzései

E lépés során a RAK-csoportok az előző lépés mechanizmusai alapján meghatározták, hogy mit kell megváltoztatni a

¹ Fordító: a STICKE-2-höz hasonló, ingyenes KOD-ot készítő szoftver elérhető itt: <https://kumu.io/>
EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

serdülők EBV-jének javítása érdekében. A RAK-csoportok a BSZK segítségével határozták meg, hogy mely mechanizmusokkal kell foglalkozni, majd pedig, hogy melyek a beavatkozási pontok. Minden egyes mechanizmushoz egy BSZK-táblázatot töltöttek ki a következő kérdések alapján: (1) Minek kellene változnia társadalmunkban/városunkban/világunkban ahhoz, hogy javuljon a serdülők életmódja? (2) Milyen célra törekszünk a jelenlegi projektben? (3) Mit kell tenni annak érdekében, hogy ezt a célt elérjük? (4) Kiket kell bevonni e változások megvalósításához? A facilitátorok arra is ösztönözték a serdülőket, hogy fogalmazzák meg, mit kell tenni a rendszer megbontása érdekében, ami lehetővé tette számukra, hogy azonosítsák a beavatkozási pontokat. Ezeket a BSZK táblázatokat használták a BT protokollban általában használt mátrixok helyett. Ennek a lépésnek a végeredménye az BSZK-szinteken olyan azonosított beavatkozási pontok, amelyek alapján megfogalmazták a serdülők EBV-jét alakító rendszer megváltoztatására irányuló célokat.

2.3.3. A 3. lépés: programtervezés

Ebben a lépésben kidolgoztuk az akciók programtervét, kezdve az akcióötletekkel. Az akcióötletek kidolgozásához kétféle megközelítést alkalmaztunk: (1) kreatív tervezési üléseket és (2) a RAK üléseken belüli közös alkotási folyamatot. A kreatív tervezési ülések a következőket foglalták magukban: kétnapos együttalkotás a társ-kutatók, tudományos kutatók, önkormányzati dolgozók és a célközösségek fontos érdekeltjei között a cselekvési ötletek kidolgozása érdekében. Az együttalkotási folyamat keretében a RAK-csoportok az előző lépésben meghatározott beavatkozási pontok alapján dolgoztak ki cselekvési ötleteiket. A facilitátorok arra ösztönözték a társ-kutatókat, hogy

szerepjátékok segítségével dolgozzanak ki cselekvési ötleteket a mélyebb BSZK-szintekre, ahol a társ-kutatók különböző befolyásos személyeket választottak ki, és játszottak el. Például arra kértük a társ-kutatókat, hogy képzeljék el, mit tennének a serdülők EBV-jének javítása érdekében, ha ők lennének Amszterdam polgármestere, vagy egy varázserővel rendelkező boszorkány. A javasolt cselekvési ötletek hatását és megvalósíthatóságát is megvitatták egy hatás- és megvalósíthatósági mátrix kitöltésével, ami segített nekik eldönteni, hogy melyik cselekvést válasszák. Számítottunk arra, hogy néhány cselekvési ötlet túl nehéz vagy túl sok időt vesz igénybe a társ-kutatók számára a kidolgozás és a megvalósítás, ezért elmagyaráztuk, hogy a társ-kutatók dönthetnek úgy, hogy ezeket a cselekvési ötleteket (vagy azok egy részét) a LIKE-on belül tudományos kutatóknak adják át. A várható hatás és megvalósíthatóság, valamint a lehetséges, hatékony stratégiákról szóló szakirodalom alapján a társ-kutatók több cselekvési ötletet választottak ki továbbfejlesztésre. E lépés során a facilitátorok és a társ-kutatók gondosan ellenőrizték, hogy a kiválasztott intézkedések összhangban vannak-e az előző lépésben azonosított ösztönző tényezőkkel, valamint, hogy nem hagytak-e figyelmen kívül nem kívánt káros hatásokat.

2.3.4. A 4. és 5. lépés: programkészítés és programvégrehajtási terv

A 4. és 5. lépést azért kombináltuk, mert az intézkedéseket a RAK-csoportok iteratív módon dolgozták ki és hajtották végre. A RAK-csoportok részletesen előkészítették az intézkedéseket, többek között végrehajtási terv készítésével, majd végrehajtották azokat. Az akció részletes előkészítése magában foglalta a program szerkezetének kidolgozását, az anyagok

listájának összeállítását és annak biztosítását, hogy az akció készen álljon a kísérleti tesztelésre. A társkutatók egy űrlapot töltöttek ki e folyamat megkönnyítésére, mely a következő kérdéseket tartalmazta: Mit kell tudnunk, mielőtt pénzt és időt fordítunk erre az akcióra? Mi az akció? Mikor kerül sor erre az akcióra? Hol fog zajlani az akció? Mennyi ideig fog tartani az akció? Kinek kell támogatnia az akciónkat? Amikor a RAK-csoportokkal együtt kidolgoztuk a végrehajtási tervet, további figyelmet fordítottunk a következő kérdésekre: Kikre van szükség az akció végrehajtásához? Milyen anyagokra van szükségük? Mikor kell elkezdni az akciót? Mennyi ideig tartson az akció? Gondolja, hogy ez az akció nem szándékolt negatív következményeket is generálhat? Ha nem, akkor miért nem? Ha igen, akkor hogyan lehet ezt figyelembe venni? Bár ezeket a kérdéseket gyakran már az akciók részletes előkészítése során is megvitatták, végső ellenőrzésként használták őket, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy a társkutatók megfelelően végiggondolták-e ezeket a kérdéseket. Ennek a lépésnek a végeredménye egy részletes terv volt a cselekvés elfogadására és végrehajtására.

2.3.5. A 6. lépés: értékelés

Ebben a lépésben a RAK-csoportok értékelték a végrehajtott intézkedéseket, például az intézkedéseken való részvételi arányt, a résztvevők elégedettségét, a célcsoport elérését és az életmódbeli viselkedésre gyakorolt érzékelt hatást. A társkutatók például felméréseket, vagy interjúkat készíthettek az akciókban részt vevő serdülők számára, hogy meghatározzák az elégedettségi szintjüket és az észlelt hatást az életmódjukra. Az értékelés eredményeit aztán felhasználták az intézkedések (és végrehajtásuk) kiigazítására, hogy javítsák az intézkedések strukturális végrehajtását. Az összes intézkedés hatásá-

nak és folyamatának átfogó értékelését az iskolákban, amely magában foglalja az érintett érdekelt felekkel és iskolákkal készített interjúkat is, külön cikkben tesszük közzé (39).

3. EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat áttekintést nyújt a RAK ülések számáról és tartalmáról kutatási lépésenként.

3.1. Covid-19

A RAK ülések részben a Covid-19 világjárvány idején zajlottak. Egy korábbi közleményünkben ezt részletesebben ismertettük (33). A projekt második és harmadik évében az iskolákat többször is bezárták a zárlatok miatt. A zárva tartás alatt a középiskolai csoportokkal online folytattuk a RAK foglalkozásokat, az általános iskolai csoportokkal pedig online vagy a szabadban, személyesen. A foglalkozások formáját kissé átalakítottuk, hogy online környezetben is vonzóvá tegyük a társkutatók számára. Az általános iskolákban az online foglalkozásokat a harmadik évfolyamon a második lezárás során koncentrációs és motivációs problémák miatt nem folytattuk. Ennek eredményeképpen az általános iskolai RAK-csoportok csak az 1. kutatási lépést és egy értékelő ülést végeztek a 2. évben. RAK-csoportokba, és új intézkedéseket dolgoztunk ki ezekkel a csoportokkal.

A középiskolákban az online RAK ülések jól sikerültek, és a foglalkozások a következő lezárások során is folytatódtak. A harmadik évben az általános iskolák esetében folytattuk a 2. lépést. A középiskolák esetében szintén a 2. évben kezdtük el újra, mivel új társkutatókat toboroztunk a RAK-csoportokba, és új intézkedéseket dolgoztunk ki ezekkel a csoportokkal.

1. táblázat: A RAK ülések számának és tartalmának áttekintése kutatási lépésenként

Kutatási lépések	A munkamenetek száma	A RAK ülések napirendje
A rendszer feltérképezése	1a. lépés: 11–20 alkalom az első évben 13–16 alkalom a második évben ¹ 1b: 1–3 ülés minden egyes ok-okozati hurok diagramhoz	- Egy akadémiai kutató oktatta a kutatókat a kutatás végrehajtásának elveiről és módszereiről. - A társkutatók szakértői kutatást végeztek (pl. interjúk, kérdőívek). - Komplex oksági diagram készítése a szakértői kutatás eredményei alapján.
A program kimenetei és célkitűzései	2. lépés: 1–2 ülés	- A társkutatók a program célkitűzéseit az azonosított mechanizmusok alapján fogalmazták meg. - Az akadémiai kutatók kitöltötték a beavatkozási szintű keretrendszer űrlapjait.
Programtervezés	3. lépés: 1–4 ülés	- Az akadémiai kutatók szerepjátékos gyakorlatokat segítettek, hogy ösztönözzék a társkutatókat a saját hatókörükön túlmutató gondolkodásra a cselekvési ötletek kidolgozásakor. - A hatás- és megvalósíthatósági mátrixot használták, hogy segítsék a társkutatókat az intézkedések kiválasztásában a legnagyobb érzékelt hatás és megvalósíthatóság alapján.
Programkészítési és programvégrehajtási terv	4. és 5. lépés: legfeljebb 18 ülés minden egyes RAK-csoport esetében	- A társkutatók alcsoportokban dolgoztak a kiválasztott intézkedések részletes kidolgozásán: - A fellépés szerkezete - Az anyagok listája - Az intézkedés kísérleti tesztelésre való alkalmasságának biztosítása - Az akadémiai kutatók megkönnyítették egy cselekvési űrlap kitöltését, hogy segítsék a társkutatók gondolkodni a részleteken (pl. mit kell tudnunk, mielőtt pénzt és időt fordítunk erre az akcióra?). - A megvalósítási tervet a facilitátor írta meg a társkutatók által a következő kérdéseken keresztül adott információk alapján: - Kire van szüksége az akció végrehajtásához? - Milyen anyagokra van szüksége? - Mikor kezdődjön a cselekvés? - Mennyi ideig tarthat az intézkedés? - Ön szerint ez az intézkedés nem szándékolt negatív következményekkel is járhat? Ha nem, miért nem? Ha igen, hogyan lehet ezt figyelembe venni?
Intézkedés értékelése	6. lépés: 0–3 ülés minden egyes akció esetében, attól függően, hogy a facilitátor vagy a társkutatók végezték-e ezt az értékelést.	- A társkutatók kérdőíveket dolgoztak ki és adtak ki az intézkedések értékelésére. - Néhány esetben a facilitátornak kellett átvennie az intézkedések értékelését az idő rövidsége vagy a Covid-19 miatt.

¹ minden egyes RAK ülés 45 perc–2 óra között tartott.

3.2. Az 1. lépés: a rendszer feltérképezése

3.2.1. Az 1a. lépés: az energia-egyensúlyhoz kapcsolódó magatartásformák megértése

A 2. táblázat tekintést ad az ehhez a lépéshez használt ülések számáról az egyes RAK-csoportok esetében. Összefoglalva az 1a. lépés megvalósítására 11–20 ülés szolgált, amelyek egyenként háromnegyedről 2 óráig tartottak, és a projekt első két évét vették igénybe. Minden új tanévben szinte teljesen új RAK-csoporttal kezdtünk, ami szükségessé tette néhány lépés megismétlését, hogy segítsük őket saját viselkedésük megértésében, és saját társ kutatásuk elvégzését. A második évben további foglalkozásokra volt szükség ahhoz, hogy az összes EBV számára elkészüljön az szükségletfelmérés. A táblázat bemutatja azokat a különböző módszereket is, amelyeket a társ kutatók a saját viselkedésük megértésük érdekében alkalmaztak. A társ kutatók a facilitátorok által javasolt módszerektől eltérő megoldásokat is javasolhattak. Az egyik csoport például meghívott egy alvási viselkedéssel foglalkozó szakértőt, míg egy másik csoport azt javasolta, hogy rajzolják le saját alvási rutinjukat. Ez segített a társ kutatóknak abban, hogy jobban megértsék alvási viselkedésüket, és konkrétabb kutatási kérdések kidolgozásával magasabb színvonalú kortárs kutatást végezzenek. Az alapvető kutatási elvekről és módszerekről szóló kapacitásépítő foglalkozás után minden egyes RAK-csoport kutatási kérdéseket dolgozott ki, és kiválasztotta a saját kortárs kutatási módszerét. Az első évben a társ kutatók úgy nyilatkoztak, hogy a saját viselkedésükbe való betekintés sok időt vesz igénybe, és mint ilyen, unalmas. Ehelyett inkább a kortárs kutatásuk elvégzésével akarták kezdeni. Ezért a második évben és a következő RAK-csoportoknál a

facilitátorok kevesebb időt szántak erre a lépésre.

A kortárs kutatáshoz szükséges adatgyűjtés szinte teljes egészében az iskolában zajlott a RAK-foglalkozások során az általános iskola utolsó két osztályának és a középiskola első két osztályának osztálytársai között. A 3. táblázat áttekintést nyújt a társ kutatók által alkalmazott kortárs kutatási módszerekről, valamint e lépésnek eredményeiről tanévenként. Összefoglalva, a RAK-csoportok különböző kvantitatív és/vagy kvalitatív elemzéseket végeztek az adataikról (pl. Excelben). Az első tanévben a facilitátorok és az iskolai vezetőség kezdeményezte az előzetes eredmények bemutatását. A társ kutatók elkészítették a prezentációikat, és döntöttek a formátumról, ami például poszter, filmklip vagy PowerPoint lehetett.

A legtöbb társ kutató élvezte a poszter készítését, mert lerajzolhatták az eredményeiket, beleértve az illusztrációkat is. A RAK-csoportok vagy egy nyílt napon, vagy a 2. lépésben, a kreatív tervezési ülésen mutatták be kutatásukat, hogy növeljék a serdülők jelenlegi EBV-kre vonatkozó tudatosságot. A facilitátorok azt tervezték, hogy az eredményeket bemutatják az iskolai vezetőségnek, hogy növeljék a társ kutatók munkájának láthatóságát és hatását. Mivel azonban az vezetőség ebbe nem egyezett bele, a társ kutatók végül a RAK-csoporton belül a többi alcsoportnak mutatták be eredményeiket. A második évben, amikor a társas kutatás befejeződött, a facilitátor az 1b. lépésre való felkészülésként az egyes viselkedések eredményeit az egyes EBV-k számára egy hosszú tényezőlistában foglalta össze. Az Függelék 0 egy ilyen hosszú listára mutat példát.

2. táblázat: Az egyes RAK-csoportokban a saját viselkedésükbe való betekintés megszerzésére használt ülések számának és módszereinek áttekintése

1a. lépés	Foglalkozások száma/az adott év összes RAK foglalkozása	1. tanév (2018-2019)	Foglalkozások száma/az adott év összes RAK foglalkozása	2. tanév (2019-2020)
Általános iskolák				
1. Iskola	11/12	- Készítettek egy idővonalat a hétköznapi fizikai aktivitásukról. - Szomszédsági barangolás.	19/26	Az egészségtelen viselkedés okainak megvitatása.
2. Iskola	20/24	- Készítettek egy idővonalat a hétköznapi alvási viselkedésükről. - Az alvási rutin megbeszélése a RAK-csoporttal.	17/26	Tanácsadás egy táplálkozás-magatartási szakértővel.
Középiskolák				
1. Iskola	20/29	- Készítettek egy idővonalat a hétköznapi és a hétvégi táplálkozási szokásaikról. - Szomszédsági barangolás az étel-miszer-környezetre összpontosítva.	13/20	- Készítettek egy idővonalat a hétköznapi táplálkozási szokásaikról. - Szomszédsági barangolás az étel-miszer-környezetre összpontosítva.
2. Iskola	14/28	- Készítettek egy idővonalat a hétköznapra a fizikai aktivitásukról, a képernyő előtt töltött időről, az alvási és a táplálkozási szokásaikról. - Meghívtak egy alvásszakértőt konzultációra.	16/23	- Egy hétköznapra vonatkozó idővonalat készítettek a fizikai aktivitásukról, a képernyő előtt töltött időről, az alvási és a táplálkozási szokásaikról. - Az interneten kerestek információt az említett viselkedésformákkal kapcsolatban. - Megbeszélték egymással az alvási rutinjukat.

3.2.2. Az 1b. lépés: a rendszer megértése

A projekt második évében a RAK-csoportok minden egyes EBV-hez kidolgozták egy KOD-ot, ami minden KOD esetében körülbelül egy-három ülést vett igénybe (Függelék O). Mivel a kreatív tervezési üléseket az első évben terveztük, az előzetes KOD-ot még a szükségletek felmérése közben dolgoztuk ki. A KOD-okat az 1a. lépésben megállapított, az egyes EBV-kre vonatkozó tényezők hosszú listája alapján dolgoztuk ki. Azt tapasztaltuk, hogy az

összes tényező egy KOD-ban való szerepeltetése megnehezítette a KOD értelmezését. Ezért a társkutatók először a hosszú listából választották ki a 20 legfontosabb tényezőt, amely a KOD kiindulópontja volt. A társkutatók ezután könnyen ki tudták választani a legfontosabb tényezőket, és összefüggéseket tudtak teremteni az általuk prioritásként megjelölt tényezők között. Itt a társkutatóknak szükségük volt a facilitátor bátorítására, hogy a visszacsatolási körök kitöltéséhez szükséges további tényezőket is bevonják.

3. táblázat: 1a. lépés szakértői kutatási módszereinek és eredményeinek áttekintése

1a. lépés*	1. tanév (2018–2019)		2. tanév (2019–2020)	
Általános iskolák				
1. Iskola	Cél EBV-k	Fizikai aktivitás és mozgásszegény magatartás.	Cél EBV-k	Fizikai aktivitás és mozgásszegény magatartás.
	Módszerek	15 interjú a sporttal, szerencsejátékokkal és egészségtelen élelmiszerekkel kapcsolatban. 11 kérdőív a magatartásformákról, többek között rajzok a résztvevők kedvenc sportágairól.	Módszerek	12 interjú a fizikai aktivitással és a mozgásszegény magatartással kapcsolatban. 11 olyan napló, amelyben a serdülők hét napon át feljegyezték az EBV-jüket.
	Eredmények	Az idő rövideje miatt ez a csoport nem elemezte a társakkal végzett kutatásokat.	Eredmények	A serdülők saját EBV-jét befolyásoló tényezők listája.
2. Iskola	Cél EBV-k	Alvás és táplálkozási magatartás.	Cél EBV-k	Alvás és táplálkozási magatartás.
	Módszerek	26 interjú az alvásidővel, a képernyő előtt töltött idővel és a lefekvés előtti táplálkozási szokásokkal kapcsolatban. 26 kérdőív a lefekvés előtti viselkedésre vonatkozóan, beleértve a képernyő előtt töltött időt.	Módszerek	19 interjú a magatartásformákról, beleértve az iskolai koncentrációt is. 9 kérdőív az alvásról, az étrendről és a fizikai aktivitásról.
	Eredmények	A serdülők saját EBV-jét befolyásoló tényezők listája és egy előzetes KOD.	Eredmények	A serdülők saját EBV-jét befolyásoló tényezők listája és egy előzetes KOD.
Középiskolák				
1. Iskola	Cél EBV-k	Táplálkozási magatartás	Cél EBV-k	Táplálkozási magatartás
	Módszerek	72 kérdőív az iskolai szünet alatti táplálkozási magatartásról.	Módszerek	14 interjú az iskolai étkezdével és az iskolához közeli szupermarkettel kapcsolatban.
	Eredmények	Az első és második osztályos serdülők táplálkozási magatartása az iskolában poszterbemutatókon és egy rövid filmklipben bemutatott étrenddel.	Eredmények	A serdülők saját EBV-jét befolyásoló tényezők listája.
2. Iskola	Cél EBV-k	Alvási magatartás és fizikai aktivitás.	Cél EBV-k	Fizikai aktivitás.
	Módszerek	5 interjú a lefekvés, a képernyő előtti idő, a testmozgással kapcsolatos és a lefekvés előtti táplálkozási szokásokról. 1 fókuszcsoport (n = 20) az alvási magatartásról. 19 kérdőív a lefekvés idejéről (szabályok), lefekvési rutinról, lefekvés előtti képernyő előtt töltött időről.	Módszerek	5 interjú a sportról. 34 kérdőív a sportról és az aktív/passzív közlekedésről.
	Eredmények	Az első osztályos serdülők alvási magatartása az iskolában poszterbemutatón keresztül bemutatott adatok.	Eredmények	A serdülők saját EBV-jét befolyásoló tényezők listája.

*1a. lépés: a saját EBV-jük megértése

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

Például az "értesítések → naprakésznek lenni → kíváncsi → értesítések" visszacsatolási hurok létrehozásához (Függelék 0), a facilitátor megvitatta a társ kutatókkal, hogy az értesítések miért vezettek ahhoz, hogy lefekvés előtt többször is felvették a telefonjukat, és addig kérdeztek, amíg a visszajelzési hurok be nem fejeződött. A más RAK-csoportoktól származó KOD-ok ellenőrzése gyakran kis változtatásokat eredményezett, például egy tényező eltávolítását vagy hozzáadását. Amikor a változtatásokról szóló viták felmerültek, a társ kutatók több iskolatársukkal konzultáltak, ami gyakran egyértelmű döntéshez vezetett a KOD további javítására vonatkozóan.

A második évben nem minden KOD-ot töltöttek ki, ezért a RAK-csoportok a kiemelt viselkedések KOD-jai alapján határozták meg a cselekvési fókuszát. Míg a harmadik évben a társ kutatók az összes fókuszált viselkedés-mechanizmusa alapján határozták meg a cselekvés fókuszát. A RAK-csoportok a mechanizmusokat azáltal határozták meg, hogy az iskolai csoportjukban létrehozott összes fókuszált viselkedés KOD-jaiban átfogó témákat azonosítottak. Azáltal, hogy a RAK-csoportokat arra ösztönözték, hogy a KOD-okban felvázolt tényezőknél szélesebb körben gondolkodjanak, képesek voltak különböző mechanizmusokat azonosítani. A facilitátorok az "ötször miért" gyakorlatot alkalmazták, amelyben folyamatosan feltették a miért kérdést, hogy a társ kutatókat arra ösztönözzék, hogy az egyes tényezők helyett átfogó témákat azonosítsanak. A középiskolai csoport egyik RAK-csoportja a "megfélemlítés" mechanizmust azonosította. Kifejtették, hogy a zaklatás ahhoz vezetett, hogy bizonyos magatartásformákra kényszerültek, például arra, hogy társaikhoz csatlakozva elmentek a szupermarketbe egészségtelen ételeket és italokat vásárolni. Továb-

bá kifejtették, hogy a zaklatás stresszt vált ki, ami viszont egészségtelen termékek fogyasztásához és elalvási nehézségekhez vezetett. Az 1. lépés eredményeinek részletes leírása, beleértve a kidolgozott KOD-kat is, máshol található (33).

3.3. A 2. lépés: a program eredményei és célkitűzései

A 2. lépés egy-két RAK ülést vett igénybe. A RAK-csoportok motiváltságának fenntartása érdekében már a szükséglet-felmérés során elkezdtük az intézkedések kidolgozását. A RAK-csoportok a poszter (és egyéb) prezentációk, valamint az előzetes KOD-ok kidolgozása során határozták meg a cselekvések fókuszát. Ezután a RAK-csoportok eldöntötték, hogy az általuk azonosított visszacsatolási hurkok alapján mely tényezőkön kell változtatni.

Bár a facilitátorok kidolgozták a BSZK táblázat serdülőbarát változatát, a társ kutatók még mindig túl nehéznek és időigényesnek érezték a táblázat kitöltését. A társ kutatók továbbá kifejezték, hogy szívesebben fejlesztenének akciókat az akcióötletek bemutatásával, minthogy több időt töltsenek egy "unalmas" BSZK-táblázat kitöltésével. Ezért a facilitátorok úgy döntöttek, hogy a társ kutatók az előző lépés mechanizmusai alapján megfogalmazhatnak célokat az akcióötleteikhez, amelyek megfelelnek a beavatkozási pontoknak. A facilitátorok arra ösztönözték a társ kutatókat, hogy fogalmazzák meg, mit kell tenni a rendszer megzavarása érdekében, így lehetővé tette számukra a beavatkozási pontok megfogalmazását. Például a "kortársak nyomása" mechanizmus esetében a társ kutatók azt a célt fogalmazták meg, hogy segítsenek más serdülőknek a kortársak nyomása ellenére saját döntéseket hozni, és információt nyújtanak arról, hogyan kezeljék a zaklatást.

A facilitátorok ezeket a célokat és a megbeszélésekből származó információkat használták fel a célok megfogalmazásakor, amikor maguk töltötték ki a BSZK-táblákat. Az általános iskolák esetében nem töltötték ki a BSZK-táblákat, mert a facilitátornak erre nem volt elég ideje. A facilitátorok a BSZK-táblázatok minőségét a kutatócsoporttal – beleértve a facilitátorokat – folytatott megbeszéléseken, valamint a szélesebb LIKE-konzorcium által készített, hasonló témájú BSZK-táblázatokkal való összehasonlításra keresztül követték nyomon. A Függelék 0 egy példát mutat be egy elkészült táblázatra, amely a "zaklatás" és a "csoportnyomás" mechanizmusokon alapul. Ez az BSZK-tábla egy másik BSZK-táblán alapult, amelyet korábban a LIKE konzorciumi tagjai készítettek, és amely a kapcsolódó "társadalmi normák és laza viselkedés" mechanizmussal foglalkozott. A facilitátor ezt a táblázatot használta alapként, és a társkutatók által megfogalmazott célok alapján változtatásokat eszközölt, amelyeket sárgával jelöltünk. Egy példa a facilitátor által a társkutatók által megfogalmazott cél alapján hozzáfűzött befolyásoló pontra: "A szereplők – beleértve magukat a serdülőket is – tisztában vannak az egészségtelen életmóddal kapcsolatos uralkodó normákkal és az ehhez kapcsolódó kortársak által gyakorolt nyomással."

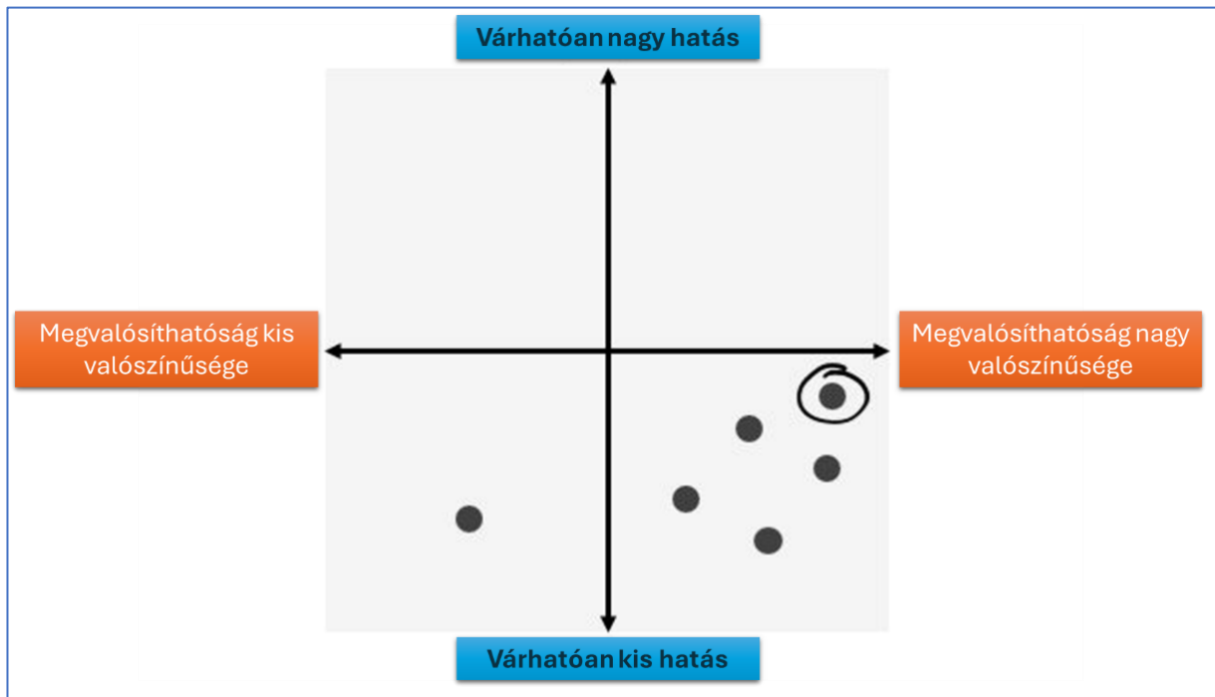
3.4. A 3. lépés: programtervezés

A 3. lépés egytől négy RAK ülésig tartott. Az első projektévben ezt a lépést egy kétnapos kreatív tervezési műhely segítette elő: két RAK-csoport (egy általános és egy középiskolai csoport) csatlakozott a műhelyhez, valamint tudományos kutatók, önkormányzati dolgozók és más szakértők, illetve más érdekelt felek (pl. közösségi szervezetek). A kreatív tervezési műhely során a RAK-csoportok kísérleti intézkedéseket terveztek a műhely többi részt-

vevőjének visszajelzéseivel. A 3. projektévtől kezdődően a társkutatók azonosították a beavatkozási pontokat, és az ezekre irányuló intézkedéseket dolgoztak ki. Annak érdekében, hogy a társkutatókat arra ösztönözzük, hogy gondolkodjanak a saját befolyási körükön és a megvalósíthatósággal kapcsolatos lehetséges kihívásokon túl, szerepjátékos gyakorlatokat vezettünk be. A Függelék 0 példát mutat a kidolgozott cselekvési ötletek listájára. A hatás- és megvalósíthatósági mátrix (2. ábra) hasznos eszköznek bizonyult ahhoz, hogy a társkutatók kiválaszthassák azokat az intézkedéseket, amelyek várhatóan a legnagyobb hatást váltják ki, és amelyek a leginkább megvalósíthatók. A facilitátor a meglévő tudományos bizonyítékokon alapuló tanácsokat adott, például azzal, hogy elmagyarázta, hogy az ismeretek nyújtása önmagában nem elegendő a viselkedés megváltoztatásához. A társkutatók egymástól is gyűjtöttek visszajelzéseket, amelyek továbbfejlesztették a cselekvési ötleteket.

Például a "A szülők felelősek a serdülők alvási magatartásáért" mechanizmus esetében az egyik RAK-csoport kombinált három cselekvési ötletet (1 – több szabály a szülők részéről; 2 – elmagyarázni a szülőknek, hogy a serdülők gyakran miért nem alszanak jól; 3 – megtanítani a szülőket arra, hogy a serdülők hol rejtik el az édességeket a szobájukban) egy olyan ötlettel, ami a lefekvés idővel, képernyőidővel stb. kapcsolatos szabályokról a szülők számára szervezett interaktív workshopra vonatkozott. A társkutatók ezt választották ki a továbbfejleszteni kívánt tevékenységek közül, és elkészítették a tevékenységtervezés első részletes vázlatát. A workshopnak például magában kellene foglalnia a szülő és a gyermek közötti megbeszélést és konszenzus elérését egy új szabály bevezetése előtt, mivel a serdülők ezt követően hajlamosabbak lennének betartani ezt a szabályt.

2. ábra: Cselekvési ötletek hatás- és megvalósíthatósági mátrixa



A facilitátor arra ösztönözte a társkutatókat, hogy az akciótervezéssel kapcsolatos aggályaik megvitatásával gondoljanak az akciók esetleges nem szándékolt következményeire. Például az egészséges menzahétről szóló ötletelés során a társkutatók megemlítették, hogy a menzán ki lehetne írni az egyes termékekben lévő energiatartalmat. Amikor azonban arra kérték őket, hogy gondolkodjanak el ennek a gyakorlatnak a káros hatásairól, a társkutatók megjegyezték, hogy tudnak olyan serdülőkről, akik már most is túlságosan figyelnek az energiatartalomra, és nem akarják ezt tovább fokozni. A lehető legnagyobb hatás és megvalósíthatóság biztosítása érdekében minden egyes akciótervet a kutatócsoporton belül is megvitatnak, és ellenőrizték KOD-okkal, valamint az BSZK-táblázatok beavatkozási pontjaival. A facilitátor megvitatta az egyes akciótervezetekkel kapcsolatos esetleges aggályokat a társkutatókkal, majd közösen folytatták a munkát az egyes akciótervek javítása érdekében.

3.5. A 4. és 5. lépés: programkészítés és programvégrehajtási terv

A 4. és 5. lépés minden egyes RAK-csoport esetében évente legfeljebb 18 ülést vett igénybe. E két lépés részeként a kiválasztott intézkedéseket részletesebben kidolgozták, ami magában foglalta egy végrehajtási terv elkészítését is. Az összes kidolgozott és végrehajtott intézkedés részletes áttekintése a folyamatértékelésünk része lesz majd. Mivel minden egyes RAK-csoport több intézkedést dolgozott ki, a társkutatók alcsoportokban dolgoztak az intézkedéseken. Annak érdekében, hogy az intézkedések konkrétabbá és specifikusabbá váljanak, a facilitátorok a formanyomtatványt serdülőbarát változatra alakították át, mivel az nehezen érthető szavakat tartalmazott (Függelék 0). Bár a társkutatók megértették az űrlap továbbfejlesztett változatát, mégsem élvezték a kitöltést, mert unalmasnak találták. Ezért a moderátorok a foglalkozások során maguk tették fel nekik az

úrlapon felsorolt kérdéseket. Néhány akciót e lépés során abbahagytak, mivel a RAK-csoportok arra a következtetésre jutottak, hogy ezek az akciók valószínűleg nem javítanák a serdülők EBV-jét. Az egyik RAK-csoport például megpróbált egy olyan videojátékot kifejleszteni, amely a serdülőket az egészséges alvási magatartásra nevelte volna azáltal, hogy az avatárjuknak éjszaka aludnia kellett, hogy visszanyerje energiáját. Ha lefekvés körül és egész éjszaka kikapcsolták a játékot, akkor az avatár is elaludt, és a játékos extra pontokat kapott, ami viszont az egészséges alvási magatartásra ösztönözte volna. A játék prototípusainak kifejlesztése során azonban a társkutatók rájöttek, hogy a játékosok továbbra is megtalálják a módját annak, hogy különböző eszközökön vagy alkalmazásokon folytassák a képernyő előtt töltött időt. Ezért a játék nem javította volna az alvási viselkedésüket, és az akciót abbahagyták.

Abban az esetben, ha erre szükség volt, a facilitátorok további ismeretekkel látták el a társkutatókat, hogy segítsenek nekik részletesebben kidolgozni a cselekvéseiket. Például amikor a társkutatók egy szupermarketekre irányuló akciót akartak kidolgozni, a facilitátorok egy kirándulást szerveztek a szupermarketbe, hogy segítsenek a társkutatóknak elképzelni az akciójukat. Az egyik RAK-csoport az iskolai menzán akart „ösztökélést” (nudging) alkalmazni, hogy a serdülőket rávegye az egészségesebb választásra. Ezért a facilitátor meghívott egy „ösztökélés” szakértőt, hogy a társkutatókat tájékoztassa az „ösztökélés” különböző típusainak végrehajtásáról, és segített nekik a akciójuk kidolgozásában.

A RAK-csoportok számára jól működött, hogy a végrehajtási tervet egyszerre dolgozták ki, miközben részletesebben kidolgozták az intézkedéseket. A társkuta-

tók nem élvezték a végrehajtási tervek megírását, mivel azt unalmasnak és időigényesnek tartották. Ezért a facilitátorok átvették tőlük a végrehajtási tervek megírásának feladatát. Amikor csak lehetett, az intézkedések kidolgozásához a facilitátorok a RAK-ülésekre meghívták az érintetteket. Az érintettek az akciókhoz finanszírozást, anyagokat, helyszínt stb. biztosítottak. Az egyik RAK-csoport például az önkormányzati dolgozókkal közösen egészségfeszített szervezett egy már létező rendezvényen belül, amelynek keretében a társkutatók egy színdarabot is bemutattak a szülők számára a serdülők alvási szokásairól. Az alvási viselkedésre vonatkozó szabályokról "komikus rossz példát" mutattak be, amelyet egy jó szülői példa követett.

3.6. A 6. lépés: értékelés

A társkutatók a végrehajtott intézkedéseket a résztvevőkre gyakorolt hatásuk alapján értékelték. Például az "egészséges menzahét" akcióval kapcsolatban a társkutatók egy online kérdőívet dolgoztak ki, amelyet 115 társuk töltött ki (Függelék 0). A társkutatók ezt a kérdőívet a facilitátorral együtt dolgozták ki, és szükség esetén a kutatócsoporttól is kaptak visszajelzést. Olyan kérdéseket tartalmazott, mint például: „Mit gondolsz arról, hogy a menza egészséges volt ezen a héten? Mit szólnál ahhoz, ha az élelmiszerek közül néhány mindig egészséges lenne? Jártál-e a héten a menzán?” A társkutatók bemutatták az értékelés eredményeit az iskolai vezetőségének, akik elmondták, hogy a következő évben egészségesebb menzát terveznek.

Néhány esetben a facilitátornak kellett átvennie az intézkedések értékelését az idő rövidsége, vagy a Covid-19 pandémia miatt. Például néhány intézkedést akkor hajtottak végre, amikor a RAK-csoport már

befejezte a munkát. A társkutatók nem mindig élvezték az értékelési terv kidolgozását, mert már sok időt töltöttek az akció kidolgozásával és megvalósításával. Amikor azonban bemutatták nekik a saját kérdőívük eredményeit, általában nagyon lelkesek lettek, és jobb áttekintést kaptak arról, hogy milyen hatással volt az akciójuk.

4. MEGBESZÉLÉS

Ez a tanulmány bemutatja, hogyan alkalmaztuk a RAK és a rendszerdinamikai elemzés módszerét a BT protokoll minden egyes lépésére, és hogyan hajtottuk végre ezeket a lépéseket a való életben a hollandiai Amsterdam egyik hátrányos városrészében. A kutatás során az ott élő serdülőkkel együtt egészséges EBV-eket ösztönző intézkedéseket dolgoztunk ki, hajtottunk végre és azok végrehajtását értékeltük. Ennek az újszerű megközelítésnek az alkalmazásával olyan intézkedéseket dolgoztunk ki, amelyek jobban megfelelnek a serdülők szükségleteinek és kívánságainak. A kidolgozott intézkedések a rendszer különböző szintjeit célozzák meg (azaz a paradigmát, a rendszer szerkezetét, a visszacsatolásokat és késleltetéseket, valamint a strukturális elemeket), és ez pozitívan hathat a túlsúlyra és az elhízásra.

A társkutatók kiterjedt kortársakkal folytatott kutatás révén betekintést nyertek a serdülők EBV-ibe, az EBV-re ható legfontosabb tényezőkbe, valamint az e tényezők közötti összefüggésekbe. A társkutatóknak az ilyen tapasztalatokba való betekintés segített a KOD-ok kidolgozásában, valamint a tágabb rendszer és annak a serdülők EBV-re gyakorolt hatásának jobb megértésében. A KOD-ok alapján a társkutatók ezután az EBV-eket átfogó mechanizmusokat azonosítottak,

így az egyes tényezők helyett a visszacsatolási ciklusokra összpontosítottak. Ez pedig olyan célokat, majd intézkedéseket eredményezett, amelyek az átfogó mechanizmusokon alapultak. Ezen átfogó témák alapján a társkutatók olyan cselekvési ötleteket dolgoztak ki, amelyek a rendszer mélyebb szintjein avatkoztak be. A társkutatók saját tapasztalataikra is támaszkodtak az akciók fejlesztése során, és elmagyarázták a facilitátornak, hogy miért gondolják, hogy egy akció működni vagy nem működni, és milyen fejlesztésekre lenne szükség ahhoz, hogy a serdülők EBV-ire hatást gyakoroljanak. Ezek az akciók potenciálisan nagyobb hatást tudnak kifejteni, mivel jobban megfelelnek az igényeiknek, preferenciáiknak és tapasztalataiknak, és ez növeli az akciók potenciális hatását (40). Ennek a folyamatnak a serdülőkorú társkutatókkal való lefolytatásához kulcsfontosságú a szakszerű facilitáció (41). A facilitátoroknak a serdülők és a felnőttek közötti együttműködésre kell összpontosítaniuk az iskolai környezetben. Ez magában foglalja a bizalom és a tisztelet előmozdítását, az értelmes szerepek kialakítását, a serdülők kapacitásépítését és az optimális csoportméretet (42).

A RAK-csoportok az öt rendszerszint közül négyre vonatkozóan dolgoztak ki intézkedéseket (34). Például a "paradigma szintjén" egy olyan akciót, amelynek egy beavatkozási pontja egy, az egészségtelen táplálkozási környezetről és a jólét különböző aspektusairól, például a zaklatásról és a társas nyomásról szóló epizódokat tartalmazó podcast volt. A "rendszerstruktúra szintjén" megvalósuló akcióban a RAK-csoport egy egészségesebb környezet kialakítására vonatkozó elképzeléseit mutatta be egy helyi közigazgatási szervnek. A "visszajelzés és késleltetés szintjén" megvalósuló akcióra példa volt egy, a szülők számára szervezett interaktív

est az iskolában a serdülők alvási magatartásáról. A "szerkezeti elemek szintjén" megvalósuló akcióra példa a Covid-19 pandémia lezárásai alatt a RAK-csoport által létrehozott egészséges ebéddel kapcsolatos feladat, amelynek keretében a serdülők egy hét alatt három egészséges ebédet készítettek, és fogyasztottak el házi feladatuk részeként. Ezek a rendszer különböző szintjein megvalósuló akciók növelik a rendszerszintű változás valószínűségét, mivel a rendszer mélyebb szintjein, például a „paradigma szintjén” történő beavatkozással is jár (43).

A BT protokoll struktúrát biztosított az intézkedések kidolgozásához, végrehajtásához és értékeléséhez, valamint ahhoz, hogy az intézkedések empirikus bizonyítékokon és elméleten alapuljanak (29). Például a BT protokollja útmutatást nyújtott a harmadik lépésben, a programtervezésben, ahol a facilitátorok a meglévő szakirodalom alapján mutatták be a lehetséges hatékony cselekvési stratégiákat, amelyek inspirációként szolgáltak a társkutatók számára. A facilitátorok azt is elmagyarázták a társkutatóknak, hogy bizonyos cselekvési stratégiák feltehetően nem elegendőek a viselkedés megváltoztatásához, például a kizárólag oktatáson alapuló cselekvések esetében. A BT és a RAK kombinációját gyermekekkel kombináló korábbi kutatások azt is kimutatták, hogy a BT alkalmazása biztosította a szükséges struktúrát ahhoz, hogy egy lépést hátrébb lépjenek és reflektáljanak a gyermekek ötleteire, hogy bevonják az aktuális bizonyítékokból származó útmutatást, és hogy fenntartsák a gyermekek lelkesedését az akciók kidolgozásához és végrehajtásához (27).

A folyamat során azt tapasztaltuk, hogy a RAK sikeres alkalmazása a rendszerdinamikával és a BT-vel kombinálva nagymértékben függött a facilitátorok készségeitől,

valamint a RAK-ról, a rendszerdinamikáról és a BT protokollról való ismeretüktől és tapasztalataiktól. Olyan fejlett facilitatori készségekre van szükség, amelyeket egy facilitatori tanfolyamon lehet elsajátítani, illetve úgy, hogy tapasztaltabb RAK facilitátorok társfacilitátorként vesznek részt az üléseken (41). A fejlett facilitációs készségek segítenek a társkutatókkal való aktív és egyenlő együttműködés elősegítésében azáltal, hogy biztonságos, funkcionális és pozitív légkört teremtenek és tartanak fenn, ami ugyanakkor biztosítja a felelősségvállalást és a közös döntéshozatalt (41). A RAK-ülések facilitálásában szerzett korábbi tapasztalatok segítettek a facilitátoroknak abban, hogy a rendszerszemléletet és a BT-t olyan gyakorlatokká alakítsák át, amelyek érthető, szórakoztatók és érdekesek voltak a serdülő társkutatók számára. Ezen túlmenően a rendszerdinamikában, a RAK-ban és a BT-ben jártas kutatóknak kell a facilitálást végezniük, hogy támogassák a megközelítések megfelelő alkalmazását.

A megközelítésünk fő kihívása az volt, hogy az elmélet és a gyakorlat között megfelelő egyensúlyt teremtsünk a BT minden egyes lépése során, miközben a folyamatot elég érdekesnek és aktívnak kellett tartanunk a serdülőkorú társkutatók számára. A facilitátoroknak folyamatosan értékelniük kellett, hogy a tervezett gyakorlatokat és foglalkozásokat sikeresen végrehajtották-e a társkutatók, vagy szükség van-e a megközelítések kiigazítására, például az unalmasabb feladatoknak a kutatócsoport általi elvégzésével. A kutatócsoportban a RAK, a rendszerdinamika és az BT területén jártas kutatók dolgoztak. Mivel azonban a rendszer-szemlélet gyakorlati alkalmazása még mindig viszonylag új, annak a RAK-ban a serdülőkkel való alkalmazása némi találgatást és próbálkozást igényelt. Például nem sikerült a BSZK-táblázatok

kitöltésének elméleti lépését vonzó gyakorlattá alakítani a társkutatók számára, akik ezt túl időigényesnek és unalmasnak érezték. A jövőbeni kutatások kísérletezhetnének azzal, hogy gyakorlatiasabb kereteket használjanak a társkutatókkal a beavatkozási pontok azonosításához. Erre egyik hasznos megközelítés lehet a nemrégiben kifejlesztett Action Scales Model, amelyet a gyakorlati szakemberek és a politikai döntéshozók számára fejlesztettek ki komplex adaptív rendszeren belüli intézkedések konceptualizálására, azonosítására és értékelésére (44). Korábbi kutatások azt is kimutatták, hogy minden egyes RAK-csoportban több facilitátor alkalmazása ajánlott, mivel ezek több egyéni útmutatást tudnak adni, jobban tudják irányítani a társkutatókat, és több munkát tudnak elvégezni egy ülésen (41). Valóban, a 2-3 serdülőből álló alcsoportokban való munka, ahol minden csoportot egy-egy facilitátor támogatott, segített abban, hogy a társkutatókat a folyamat elméletileg orientáltabb feladatain keresztül vezessék.

4.1. Erősségek és korlátok

A tanulmány egyik erőssége a kutatási folyamat részletes és kritikus leírása. Kevés olyan publikáció van, amely ezt nyújtja, és így reméljük, hogy ezzel más kutatókat is arra ösztönözhetünk, hogy kutatási folyamatuk átfogó leírását tegyék közzé. További erősség a serdülőkorú társkutatókkal való kiterjedt és egyenlőségen alapuló együttműködés, összehasonlítva a korábbi, rendszerszemléletű megközelítést alkalmazó kutatásokkal, mint például a CO-CREATE (20). A CO-CREATE-ben 20 serdülőkorúakból álló csoport vett részt egy egyszeri 1,5 órás foglalkozáson egy KOD kidolgozására, majd a KOD-kat a kutatók egyetlen KOD-ban egyesítették. Ezért a kutatók csak egyszer működtek együtt a serdülőkkel,

bár 20 KOD-ot fejlesztettek ki. A tanulmányunk egyik korlátja, hogy nem sikerült a folyamat minden egyes lépését elérhetővé tenni a serdülők számára, például a BSZK-táblázatok kitöltése nem bizonyult elég vonzó feladatnak a társkutatók számára. Ez azért fontos, mert kutatóként több időt és energiát kellene fordítanunk az inkluzív kutatások elvégzésére, mivel kötelességünk, hogy hozzáférhető és vonzó módszereket dolgozzunk ki a célcsoportunk jobb bevonása érdekében. A LIKE-konzorcium különböző közösségi partnerekkel működött együtt, ami segített abban, hogy az érintetteket bevonják a tevékenységek kidolgozásába és végrehajtásába egyaránt. A Covid-19 világjárvány kitörése ellenére a facilitátoroknak sikerült tartaniuk a kapcsolatot a társkutatókkal, és folytatniuk a RAK-csoportokat az akkor lehetséges módon. Ennek ellenére nem kerülhettük el a kutatási folyamat késedelmét, egyes lépéseket nem lehetett a tervezett módon végrehajtani, és időnként a facilitátoroknak a társkutatók nélkül kellett elvégezniük a feladatokat.

5. KÖVETKEZTETÉS

Azt tapasztaltuk, hogy a BT, a RAK és a rendszerdinamikai elemzés kombinálása jól működött a serdülők szükségleteinek megfelelő és a rendszer különböző szintjeit célzó intézkedések kidolgozásában. A RAK biztosította, hogy az intézkedések jobban megfeleljenek az Amszterdam egyik hátrányos negyedében élő serdülők szükségleteinek és tapasztalatainak. Ez különösen értékes volt a populáció számára, mivel a legtöbb beavatkozásban és kutatásban alulreprezentáltak. A rendszerszemlélet elősegítette a tágabb rendszer figyelembevételét, beleértve a viselkedést befolyásoló visszacsatolási hurkokat és beavatkozási pontokat, ame-

lyek viszont a rendszer különböző szintjeit célzó intézkedéseket eredményeztek. A BT protokollja biztosította a strukturált folyamatot, és azt, hogy a munka a meglévő elméletre és empirikus bizonyítékokra épüljön. Egy ilyen megközelítés sikertényezői közé tartoznak a fiatalok és felnőttek együttműködésére összpontosító, képzett facilitátorok, valamint a RAK, a rendszerdinamikai elemzés és a BT terén megfelelő ismeretekkel és tapasztalatokkal rendelkező kutatócsoport irányítása. A fő kihívást a rendszerszemlélet gyakorlati alkalmazása jelentette, valamint

az, hogy hogyan lehet sikeresen együttműködni a serdülőkorú társkutatókkal. A jövőbeni kutatások során meg lehetne vizsgálni, hogy a rendszerdinamikai megközelítés bizonyos aspektusait hogyan lehetne úgy átalakítani, hogy jobban illeszkedjenek a serdülőkorú társkutatókkal való részvételi megközelítéshez. Ebben a tekintetben ez a tanulmány példaként szolgálhat más tanulmányok számára arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet a BT, a RAK és a rendszerdinamikai elemzés alkalmazásával intézkedéseket kidolgozni.

HIVATKOZÁSOK

1. Kansra AR, Lakkunarajah S, Jay MS. Childhood and adolescent obesity: a review. *Front Pediatr.* (2021) 8:866. doi: 10.3389/fped.2020.581461
2. Huang TT, Drewnowski A, Kumanyika SK, Glass TA. A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century. *Prev Chronic Dis.* (2009) 6:A82.
3. Mamun AA, Lawlor DA, Cramb S, O'Callaghan M, Williams G, Najman J. Do childhood sleeping problems predict obesity in young adulthood? Evidence from a prospective birth cohort study. *Am J Epidemiol.* (2007) 166:1368–73. doi: 10.1093/aje/kwm224
4. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med PrBT Care.* (2015) 4:187–92. doi: 10.4103/2249-4863.154628
5. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Med Rev.* (2015) 21:50–8. doi: 10.1016/j.smrv.2014.07.007
6. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The global Syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the lancet commission report. *Lancet.* (2019) 393:791–846. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8
7. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet.* (2011) 378:804–14. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60813-1
8. Waterlander WE, Singh A, Altenburg T, Dijkstra C, Luna Pinzon A, Anselma M, et al. Understanding obesity-related behaviors in youth from a systems dynamics perspective: the use of causal loop diagrams. *Obes Rev.* (2021) 22:e13185. doi: 10.1111/obr.13185
9. WHO. Obesity and overweight. (2021). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
10. CBS. Jeugd met overgewicht. (2024). Available at: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81565NED/table?ts=15538514673692023>.
11. Chung A, Backholer K, Wong E, Palermo C, Keating C, Peeters A. Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review. *Obes Rev.* (2016) 17:276–95. doi: 10.1111/obr.12360
12. Hillier-Brown FC, Bamba CL, Cairns J-M, KasBT A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC Public Health.* (2014) 14:834. doi: 10.1186/1471-2458-14-834

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

13. van Erpecum C-PL, van Zon SKR, Bültmann U, Smidt N. The association between the presence of fast-food outlets and BMI: the role of neighbourhood socio-economic status, healthy food outlets, and dietary factors. *BMC Public Health*. (2022) 22:1432. doi: 10.1186/s12889-022-13826-1
14. Crawford D, Timperio A, Giles-Corti B, Ball K, Hume C, Roberts R, et al. Do features of public open spaces vary according to neighbourhood socio-economic status? *Health Place*. (2008) 14:889–93. doi: 10.1016/j.healthplace.2007.11.002
15. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. (2013) 67:190–3. doi: 10.1136/jech-2012-201257
16. Ligthart KAM, Buitendijk L, Koes BW, van Middelkoop M. The association between ethnicity, socioeconomic status and compliance to pediatric weight-management interventions – a systematic review. *Obes Res Clin Pract*. (2017) 11:1–51. doi: 10.1016/j.orcp.2016.04.001
17. Meadows DH. *Thinking in systems: A primer*. Vermont: Chelsea green publishing (2008).
18. Hovmand PS, Hovmand PS. *Group model building and community-based system dynamics process*. Verlag New York: Springer (2014).
19. Luna Pinzon A, Stronks K, Dijkstra C, Renders C, Altenburg T, den Hertog K, et al. The ENCOMPASS framework: a practical guide for the evaluation of public health programmes in complex adaptive systems. *Int J Behav Nutr Phys Act*. (2022) 19:33. doi: 10.1186/s12966-022-01267-3
20. Savona N, Macauley T, Aguiar A, Banik A, Boberska M, Brock J, et al. Identifying the views of adolescents in five European countries on the drivers of obesity using group model building. *Eur J Pub Health*. (2021) 31:391–6. doi: 10.1093/eurpub/ckaa251
21. Jones M, Verity F, Warin M, Ratcliffe J, Cobiac L, Swinburn B, et al. OPALesence: epistemological pluralism in the evaluation of a systems-wide childhood obesity prevention program. *Evaluation*. (2016) 22:29–48. doi: 10.1177/1356389015623142
22. Carson D, Gilmore A, Perry C, Gronhaug K. *Qualitative marketing research*. London: Sage (2001).
23. Waterlander WE, Luna Pinzon A, Verhoeff A, Den Hertog K, Altenburg T, Dijkstra C, et al. A system dynamics and Participatory action research approach to promote healthy living and a healthy weight among 10–14-year-old adolescents in Amsterdam: the LIKE programme. *Int J Environ Res Public Health*. (2020) 17:4928. doi: 10.3390/ijerph17144928
24. Baum F, MacDougall C, Smith D. Glossary: Participatory action research. *J Epidemiol Commun Health*. (2006) 60:854–7. doi: 10.1136/jech.2004.028662
25. Bozlak CT, Kelley MA. *Participatory action research with youth. Participatory action research* (2014). New York, United States of America: Oxford University Press, 67–90.
26. KBT J. Youth involvement in Participatory action research (RAK). *Crit Soc Work*. (2016) 17:38–53. doi: 10.22329/csw.v17i1.5891
27. Anselma M, Chinapaw M, Altenburg T. Not only adults can make good decisions, we as children can do that as well evaluating the process of the youth-led Participatory action research 'kids in action'. *Int J Environ Res Public Health*. (2020) 17:625. doi: 10.3390/ijerph17020625
28. Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl KB, Booth A, Hofmann B, et al. Making sense of complexity in context and implementation: the context and implementation of complex interventions (CICI) framework. *Implement Sci*. (2017) 12:1–17. doi: 10.1186/s13012-017-0552-5
29. RAKcel GS, Kok G, Gottlieb NH, Fernandez ME, Bartholomew L. *Planning health promotion programs*. San Francisco, CA: Wiley (2010).
30. Sawyer A, den Hertog K, Verhoeff AP, Busch V, Stronks K. Developing the logic framework underpinning a whole-systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach. *Obes Sci Pract*. (2021) 7:591–605. doi: 10.1002/osp4.505
31. Amsterdam G. Sterk en Zwak in Amsterdam Jeugd: een analyse van 12 leefdomeinen in 22 Amsterdamse gebieden. (2021). Available at: <https://www.ggdgezondheidinbeeld.nl/wp-content/uploads/2021/05/Sterk-en-Zwak-in-Amsterdam-Jeugd-GGD-Amsterdam-april-2021.pdf>.
32. Amsterdam G. Gebiedsanalyse 2017 13. Oud-Oost Stadsdeel Oost. (2017). Available at: <https://data.amsterdam.nl>.

33. Emke H, Chrifou R, Dijkstra C, Waterlander W, Stronks K, Kremers SPJ, et al. A Participatory needs assessment to map the system dynamics of overweight related behaviours of adolescents living in an underprivileged neighbourhood
34. Johnston LM, Matteson CL, Finegood DT. Systems science and obesity policy: a novel framework for analyzing and rethinking population-level planning. *Am J Public Health.* (2014) 104:1270–8. doi: 10.2105/AJPH.2014.301884
35. Baugh Littlejohns L, Baum F, Lawless A, Freeman T. The value of a causal loop diagram in exploring the complex interplay of factors that influence health promotion in a multisectoral health system in Australia. *Health Res Policy Syst.* (2018) 16:126. doi: 10.1186/s12961-018-0394-x
36. McGlashan J, Johnstone M, Creighton D, de la Haye K, Allender S. Quantifying a systems map: network analysis of a childhood obesity causal loop diagram. *PLoS One.* (2016) 11:e0165459. doi: 10.1371/journal.pone.0165459
37. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* (2000) 55:68–78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
38. Wright MT, Springett J, Kongats K. What is Participatory health research? In: M Wright and K Kongats, editors. *Participatory health research.* Cham: Springer (2018)
39. Emke H, Dijkstra C, De Pooter N, Chrifou R, Kremers SPJ, Altenburg T, et al. An extensive process evaluation of a participatory action research project with adolescents as co-researchers: "I'm very proud of myself and of the group because we did it together".
40. Anselma M, Chinapaw MJ, Kornet-Van der Aa DA, Altenburg TM. Effectiveness and promising behavior change techniques of interventions targeting energy balance related behaviors in children from lower socioeconomic environments: a systematic review. *PLoS One.* (2020) 15:e0237969. doi: 10.1371/journal.pone.0237969
41. Emke H, Vandendriessche A, Chinapaw M, Deforche B, Verloigne M, Altenburg T, et al. Facilitating co-research: Lessons learned from reflection forms within three Participatory action research projects under review.
42. Mitra DL. Collaborating with students: building youth-adult Partnerships in schools. *Am J Educ.* (2009) 115:407–36. doi: 10.1086/597488
43. Harries E, Wharton R, Abercrombie R. *Systems change: A guide to what it is and how to do it.* London, United Kingdom: New Philanthropy Capital (2015).
44. Nobles JD, Radley D, Mytton OTteam WSO. The action scales model: a conceptual tool to identify key points for action within complex adaptive systems. *Perspect Public Health.* (2021) 142:328–37. doi: 10.1177/1757913921100 6747

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 09. 03.
Elfogadva: 2024. 09. 03.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensszerződés alapján.

6. FÜGGELÉK

6.1. Az 1a. lépés

4. táblázat: Hosszú lista a társkutatók kutatásaiból származó tényezőkről, amelyek befolyásolják a középiskolás serdülők (első két évfolyam) alvási magatartását (Felhívjuk a figyelmet arra, hogy a társkutatók ebből a listából választották ki a húsz legfontosabb tényezőt)

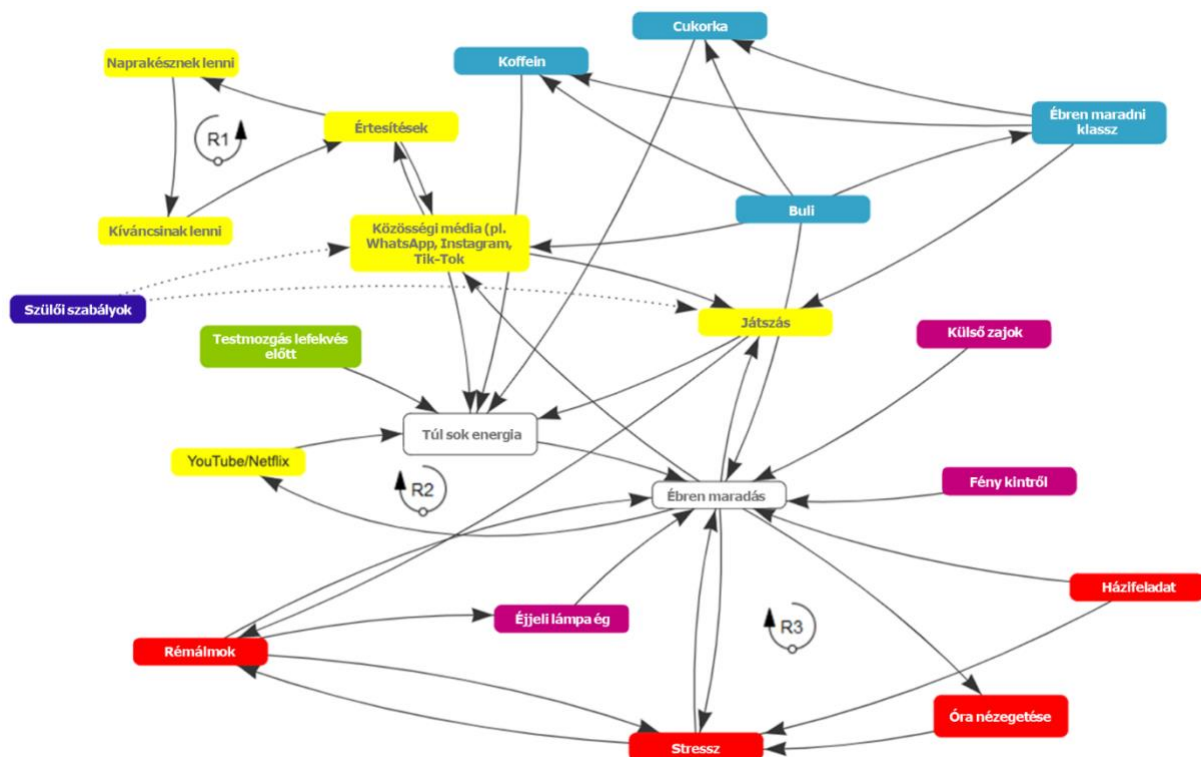
- Későn lefeküdni
- Alvási rutin (mit csinálsz elalvás előtt?)
 - o Olvasás
 - o Telefonhasználat lefekvés előtt
 - o Játék
 - o Zenehallgatás (csendes/halk)
 - o Alvás elleni gyógyszerek használata
- A család többi tagjának alvási rutinja
- Mit kell tennie a következő napon/fontos napon?
 - o Időpontok másnap
 - o Sportverseny
 - o Születésnap (akár a saját, akár egy családtag születésnapja)
 - o Kirándulások
- Ébren fekvés ÉS elalvás
 - o Sok energia
 - o Elmélkedés
 - o Zaj
 - o Kinti fény
 - o Lámpa bekapcsolva
 - o Nem várom a következő napot
 - o Rémálom
 - o Hőmérséklet a hálószobában
 - Hidegérzés
 - Melegérzés a hálószobában
- Edzés este
- Vacsoraidő
- Szülői szabályok
- Unalmas szülők (több szabály és/vagy csak bizonyos tevékenységeket csak a szülővel együtt szabad végezni)
- Sokat mozogtam aznap/több energiát használtam fel
 - o Tevékenységek
 - Kerékpározás
 - Sport
- Tanítási nap volt
- Hosszú nap
- Relaxációs (autonóm szenzoros meridián válasz) videók nézése
- Nem érzem magam fáradtnak
- Evés lefekvés előtt
- Telefonhasználat éjszaka/alvás előtt
 - o Iskolai jegyek ellenőrzése
 - o Ébresztőóra beállítása
 - o Közösségi média, például Instagram és WhatsApp
 - o Kíváncsi vagyok, mit mondanak és gondolnak mások
 - o Értesítések
 - o Netflix és YouTube
 - automatikus lejátszás
 - o Amikor nincs semmi dolgom
 - o Nincs mit tenni a telefonon
- Játék
 - o Tablet
 - o Tévézés
 - o Várva a sorozatra
 - o Otthon lenni
 - o Iskola után hazajönni
 - o Nincs kedve játszani a testvérekkel
 - o A barátok megkérnek, hogy játsszak velük

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

- Jobbá akarok válni a játékban
 - Nyerni akarok
 - A játék szórakoztató
 - Ha eltört a másik játékszered
 - Hétvégén
 - Találkozás a barátokkal
 - Sokáig alvás
 - Másnap nincs mit tenni
 - Kinti játék
- Lazítás a barátokkal kint

6.2. Az 1b. lépés

3. ábra: KOD a középiskolás serdülők alvási viselkedéséről



Megjegyzés: A hasonló színek kapcsolódó tényezőket jelölnek

6.3. A 2. lépés

Ez a függelék a "zaklatás" és a "csoportnyomás" mechanizmusokra vonatkozó kitöltött Beavatkozási Szintű Keretrendszer (BSZK) táblázatot mutatja be. Ez a BSZK-táblázat egy másik BSZK-táblázaton alapul, amelyet korábban a LIKE konzorciumi tagjai készítettek, és amely a kapcsolódó "társadalmi normák és laza viselkedés" mechanizmussal foglalkozik. A facilitátor a társadalmi normáktól kapott információk alapján kiegészítette ezt az BSZK-táblázatot.

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintű Keretrendszer.

5. táblázat: A "zaklatás" és a "társas nyomás" mechanizmusokra vonatkozó kitöltött BSZK-táblázat

Öt beavatkozási pont a BSZK szerint				
Paradigma	A rendszer célja	A rendszer felépítése	Visszajelzés és késleltetés	Szerkezeti elemek
Melyek azok a beavatkozási pontok, amelyekkel a BSZK öt szintjén változtatni lehet a mechanizmusokon, hogy olyan rendszert hozzanak létre, amely egészséges viselkedést eredményez?				
Melyik paradigma járulhat hozzá ahhoz, hogy a serdülők kevésbé mutassanak egészségtelen viselkedést, mert a csoporthoz akarnak tartozni? Jegyezzen meg vagy egy meglévő paradigmát (amelyet meg kell erősíteni), vagy egy új paradigmát (paradigmaváltást igényel)!	Milyen célokat kellene kitűznünk e paradigmaváltás elérése érdekében?	Milyen változásokra van szükség az érintett rendszer struktúrájában ahhoz, hogy ezeket a célokat elérjük?	Milyen módon erősítheti pozitívan a nyomon követés és a visszajelzés a mechanizmust, és hogyan tudhánk esetleg nyomonkövetési/értékelési tevékenységeket beépíteni ennek érdekében?	A rendszer mely elemeit tudja olyan intézkedésekkel kezelni, amelyek támogatják a paradigmaváltást?
Új paradigma: - Kamaszként te is egyedi akarsz lenni, és menő, hogy rendszeresen saját döntéseket hozzass a saját életmódbeli viselkedésszel kapcsolatban (saját identitás). - A serdülőt meg kell védeni a társadalmi normák nyomásától.	A szereplők – beleértve magukat a serdülőt is – tisztában vannak az egészségtelen életmóddal kapcsolatos uralkodó normákkal és az ehhez kapcsolódó kortársak által gyakorolt nyomással. A rendszer szereplői – pl. maguk a serdülők, a szülők, a tanárok, a befolyásolók, a marketingipar – arra ösztönzik a serdülőt, hogy önállóan hozzák meg saját, egyedi, az egészséges életmódra irányuló döntéseiket (azaz az	Jó a kommunikáció a serdülők, a szülők és a tanárok között, az egészséges életmódra összpontosítva (egyértelmű üzenet). A kormányzat és a rendszer azon szereplői (különösen az ipar, a helyi vállalkozók, a befolyásos szereplők) között, akik a serdülőkorúakat az egészséges életmóddal kapcsolatban befolyásolják, jó az együttműködés.	A szereplők beszélgetnek egymással az egészséges életmóddal kapcsolatos magatartásukról, és ennek megfelelően alakítják ki viselkedésüket. A szereplők (különösen az ipar, a helyi vállalkozók, a befolyásos szereplők) megfigyelés alatt állnak, hogy végrehajtják-e az egészséges életmód népszerűsítésére vonatkozó politikát. A serdülők egészséges életmóddal kapcsolatos	Az iskolai tanterv 1) támogatja a serdülők saját egészséges életmóddal kapcsolatos döntéseit, és megelőzi a zaklató magatartást; 2) megvédi a serdülőt a társadalmi normák nyomásától. A szülőket támogatják abban, hogy 1) bátorítsák gyermekeiket az egészséges életmóddal kapcsolatos saját döntéseik meghozatalára; 2) szabályokat állapítsanak fel és érvényesítsenek, hogy megvédjék a serdülőt a társadalmi normák nyomásától.

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

	egészséges alternatívákat), hogy autonómok legyenek. A rendszer szereplői – szülők, tanárok, influenszerek, marketingipar – segítik a serdülőket abban, hogy vonzó, egészséges alternatívákat találjanak ki. A serdülők társas környezetében biztonságos az egészséges életmódról való beszélgetés. Egyértelmű politika (rendelet) létezik a serdülők egészséges életmóddal kapcsolatos támogatására, otthon, az iskolában, a környéken/városban és az interneten. Egyértelmű szakpolitika védi a serdülőket a társadalmi normák nyomásától – otthon, az iskolában, a környéken/városban (pl. a szupermarketben) és az interneten (pl. az online viselkedésre vonatkozó szabályok, a szünetekben és az iskola után csoportos tevékenységként egészségtelen termékek vásárlása/evése). A rendszer szereplői – pl. maguk a serdülők, a szülők, a tanárok, a befolyásoló tényezők, a marketingipar – jó példát mutatnak az egészséges életmóddal kapcsolatban.		döntései előtt álló akadályok és elősegítők azonosítása. A serdülők tapasztalják meg, hogy nem fogják őket bántalmazni, vagy kizárni egy csoportból, ha egészséges életmódot folytatnak. A serdülők új csoportérzést tapasztalnak, amikor a csoporttal együtt egészséges alternatívát választanak. A serdülők megtapasztalják, hogy a saját döntéseik meghozatalával nagyobb befolyásuk van a saját életükre (autonómia). A szereplőket figyelemmel kísérik, hogy végrehajtják-e a serdülők társadalmi normák nyomásától való védelmére vonatkozó politikát. A szereplők – beleértve a serdülőket is – azt tapasztalják, hogy saját egészséges példájuk pozitív hatással van a rendszer többi szereplőjére (beleértve a serdülőket is).	A vállalkozókat és a befolyásoló személyeket támogatják abban, hogy 1) hogyan közvetítsenek egészséges üzenetet a serdülők felé; 2) hogyan dolgozzanak ki és tartsák be a serdülőket a társadalmi normák nyomásától védő politikákat.
--	--	--	---	--

Milyen lépéseket lehet tenni e mechanizmus megváltoztatására (pl. a funkció szempontjából meghatározni, és a funkciót úgy megfogalmazni, hogy az SMART legyen).				
A normális viselkedés megváltoztatása az egészségtelenről egészségesre (hasnólóan a "de én nem dohányzom"-hoz). A felelősség visszaadása azoknak, akik azt az üzenetet terjesztik, hogy az egészségtelen viselkedés "menő" (influenzszerek, marketing).	Tanítsuk meg a serdülőket arra, hogy rendszeresen saját, egyedi döntéseket hozzanak (pl. játék helyett sportoljanak), és ezt tekintsék menőnek (ez teszi a serdülőket rugalmasabbá)! Segítsen a serdülőknek, hogy egészséges alternatívákat találjanak ki, és hagyja, hogy megtapasztalják, hogy ezek izletesek és szórakoztatók! Olyan szakpolitikák kidolgozása – otthon, a szupermarketben, a szomszédságban –, amelyek megvédik a serdülőket a társadalmi normák nyomásától.	A szereplők (szülők, iskolák, vállalkozók) olyan biztonságos környezetet biztosítanak az iskolában, otthon és a sportklubban, ahol az emberek felelősségre vonják egymást az egészségtelen viselkedésért! A szereplők (szülők, iskolák, vállalkozók, befolyásos szereplők) megállapodnak egymással, hogy megakadályozzák az "egyenlőtlen versenyt".	A befolyásolók/szerepmodellek üzenete egymás értékeléséről (vö. "médiakódex"). A serdülők megosztják egymással az egészséges életmód megvalósításával kapcsolatos tapasztalataikat (akadályok, elősegítők), és tanulnak azokból. A szereplők – serdülők, szülők, tanárok, vállalkozók, befolyásos szereplők – megosztják tapasztalataikat (akadályok, elősegítők) a serdülők társadalmi normák nyomásával szembeni védelmét célzó szabályok kidolgozásával és betartatásával kapcsolatban. A serdülők és a szakértők szembesítik egymást az egészségmagatartásukkal, és ennek megfelelően alakítják ki viselkedésüket.	A serdülők közvetlen környezetében (otthon, iskola) a saját döntések meghozatalának fontosságára való tudatosítás. Tevékenységek, amelyek segítik a serdülőket az egészséges életmódra irányuló saját döntéseik meghozatalában (készségeik és önbizalmuk erősítése). Szerepmodellek (influenzszerek, kortársképzők), akik saját maguk választják meg az egészséges viselkedést, és megosztják tapasztalataikat a serdülőkkel. A vállalkozók számára továbbképzés és támogatás nyújtása a pozitív életmódnormák közvetítésével kapcsolatban. A szereplők (szülők, tanárok, vállalkozók, befolyásos szereplők) figyelmének felhívása arra, hogy a serdülőket meg kell védeni a társadalmi normák nyomásától. Támogatás nyújtása a szereplőknek (szülők, tanárok, vállalkozók, befolyásos szereplők) a serdülők társadalmi normák nyomásától való védelmét célzó szabályok kialakításában és betartatásában.

EBV: energia-egyensúlyt befolyásoló viselkedésformák; RAK: részvételi akciókutatás; BT: Beavatkozás-térképezés; KOD: Komplex Oksági Diagramok; BSZK: Beavatkozási Szintek Keretrendszer.

6.4. A 3. lépés

Cselekvési ötletek az egészséges táplálkozási magatartás javítására a középiskolában a tanítási időben:

- a serdülők nem mehetnek többé a szupermarketbe az iskolai szünetben,
- az egészséges termékek könnyebben elérhetők (kedvezményesen), mint az egészségtelen termékek az iskolai menzán,
- az egészségtelen termékeket drágítják a menzán (és a szupermarketben),
- az egészséges termékek jobban láthatók az iskolai menzán az egészségtelen termékekhez képest (könnyen láthatók/az egészséges táplálkozási magatartás felé terelik a figyelmet),
- a menzán már meglévő termékek egészségesebbek, mint korábban, például a paninit fehér kenyér helyett barna kenyérral készítik,
- az egészséges termékeket olcsóbbá teszik a menzán és a szupermarketben,
- a serdülők egészséges termékeket tesznek társaik bevásárlókosarába a szupermarketben.

Az intézkedések listája végül egy egészséges menzahétben csúcsosodott ki, melynek során kizárólag egészséges termékeket árusítottak az adott héten. A serdülők néhány ingyenes egészséges ebédet is kaptak azon a héten, hogy elősegítsék az egészséges menzahét népszerűsítését. Továbbá, a COVID-19 zárlat miatt a társkutatók egy egészséges ebédfeladatot is kidolgoztak, amiben a serdülőknek egy hét alatt három egészséges ebédet kellett otthon elkészíteniük. A serdülőknek TikTok-videókat kellett készíteniük az ételeikről, és be kellett mutatniuk, hogyan készítik el azokat, majd ezt be kellett adniuk.

6.5. A 4. és 5. lépés

6. táblázat: Kérdésekkel ellátott űrlap a beavatkozás előállításának és végrehajtási tervének kidolgozásához

Kutatási kérdés		Mérés:	Forma:
Miben kell biztosnak lennünk, mielőtt sok időt és pénzt áldozunk rá?		% felhasználó, milyen gyakran, mennyi ideig?	Mit fogsz tenni? Mit fog abból észrevenni a többi serdülő?
Részletek:	Mire van szüksége:	Tanulj:	Következmények:
Mit, hol, mikor, meddig?	Pénz, anyagok, elkötelezettség.	Hogyan tanulhatunk az ötletünkből?	Mi szükséges az akció folytatásához? Mikor hagyja abba az akciót?
Támogatók:			
Kinek kellene támogatnia ezt az ötletet?			

6.6. A 6. lépés

7. táblázat: Az egészséges menza hetének értékelése

Az egészséges menza hetének értékelése					
A serdülők megítélése az egészséges iskolai menzáról (n = 115)	Nem szép 12,2%	Nem érdekel 19,1 %	Oké/jó 10,4%	Jó/szórakoztató 57,4%	Szuper király 0,9%
Kóstoltak-e a serdülők olyasmit, amit korábban még nem kóstoltak (n = 83)	Igen 19,3%	Nem 80,7%			
					
Tetszett-e a serdülőknek az, amit korábban még soha nem próbáltak?	6,3%	12,5%	18,8%	37,5%	25%
A menza egészségének megőrzésével kapcsolatos megítélés a jövőben (n = 115)	1,7%	11,3%	38,3%	38,3%	10,4%
A menzai ételek ízének megítélése az egészséges menza hetében (n = 77)	0%	3,9%	20,8%	48,0%	27,3%

SZAKMAI HÍREK

HelpApp – egy digitális alkalmazás, amely kezedbe adja a segítséget, hogy felismerd, elkerüld és kezeld az erőszakos helyzeteket

HelpApp – a digital app that puts help in your hands to recognise, avoid and deal with violent situations

Szerző: [Horváth Krisztina](#)

Kulcsszavak: gyermekjog; digitális zaklatás; edukáció

Keywords: children's law; digital bullying; education

Mobillal az erőszak ellen – Az UNICEF Magyar Bizottság a Microsoft, a Distinction, és a HD Group segítségével a világon elsőként fejlesztett ki egy olyan mobiltelefonos alkalmazást, amely támogatja a gyermekjogok ismeretének terjedését és a digitális zaklatás elleni küzdelmet.

Az UNICEF fő küldetése a gyermekek jogainak érvényesítése. Globális jelenlétének köszönhetően a világ szinte valamennyi országában képes elérni olyan helyeket is, amelyeket mások nem, ezért egyedülálló helyzetben van ahhoz, hogy a gyermekek életében pozitív változás hozzon.

Az UNICEF Magyarország széles körű [felmérése](#) aggasztó eredményeket mutatott a magyar középiskolás gyerekek körében előforduló iskolai zaklatással, az erőszak elterjedtségének mértékével és működésmódjával kapcsolatban. A megkérdezettek döntő többsége, mintegy 66 százaléka számolt be ugyanis arról, hogy a tanulmányai során rendszeresen éri vagy már érte fizikai, lelki vagy verbális erőszak – az esetek csaknem felében napi szinten.

Az UNICEF hisz abban, hogy mindenkinek joga van az erőszakmentes gyermekkorhoz, hogy minden gyermeket megillet a védelem a fizikai, az érzelmi, a szexuális erőszaktól és az elhanyagolástól. A gyermekbántalmazás megelőzhető! Erről szól az UNICEF #ENDViolence globális kampánya, amelyhez 2013-ban az UNICEF Magyar Bizottság is csatlakozott. Ennek mottója: Álljunk ki a gyermekekkel szembeni erőszak ellen, tegyük láthatóvá a láthatatlant!

Saját edukációs eszközeivel törekszik arra, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy mindannyiunk közös felelőssége gyermekeink védelme. „Ismerd fel és tegyél ellene” elnevezéssel megalkották gyermekvédelmi kisokos online kiadványukat azzal a céllal, hogy a gyermekek és a szülők is megfelelő tudásra tegyenek szert és képessé váljanak felismerni, hogy az, ami velük történik, az nem természetes. A bántalmazás megjelenési formáinak felismerését egyszerű gyermeki nyelven megfogalmazott, hasznos tanácsokkal kiegészített esetelemzések segítik.

A gyermekekre leselkedő veszélyek növekedését észelve – a XXI. sz. gyermekei a digitális világ gyermekei, a legtöbb gyermek zsebében ott lapul az okoseszköz –, ha segíteni akarunk nekik, akkor azt a nyelvet kell megtanulnunk, amit ők beszélnek. Ennek megvalósításában az UNICEF Magyar Bizottság partnere a Microsoft (PR), a HD Group Kommunikációs Ügynökség (kreatív design) és a Distinction (fejlesztő csapat) vettek részt, amely eredményeként megszületett a továbbfejlesztett HelpAPP mobiltelefonos alkalmazás, azzal a törekvéssel, hogy ha a gyermek veszélyben érzi magát, vagy bántalmazták, egyetlen gombnyomással segítséget tudjon hívni vagy elküldhesse GPS koordinátáit. Az alkalmazás iOS és Android rendszeren is ingyen elérhető, az alapfunkció mint amilyen a segítségnyújtás, helyzetjelzés mellett a gyermekek információkat szerezhetnek az erőszak fajtáiról, arról, hogyan tudják felismerni az erőszakos helyzeteket. Az applikáció tanácsokat ad arra vonatkozóan is, hogy mit tehetnek az adott szituációban.

Veszélyhelyzet esetén egy gombnyomással elérhető a 112-es segélyhívó szám, és a Kék Vonal Alapítvány által működtetett gyermek lelkeség vonal (116-111).

A gyermekek számára fontos, hogy legyen egy biztos pontjuk, amit *bárhol, bármikor* segítségül hívhatnak, tanácsot kapnak, hogy mit tegyenek, kikhez fordulhatnak, valamint könnyen és érthetően tájékozódhatnak. A HelpAPP megerősíti a gyermekeket abban, hogy nincsenek egyedül a gondjaikkal, hogy joguk van ahhoz, hogy segítséget kérjenek és kapjanak. Segít felismerni, hogy mi történik velük, és erőt ad nekik, hogy merjenek erről beszélni. Ha segíteni szeretnénk nekik, ez a legelső lépés.

A www.unicef.hu/helpapp oldalon bárki letöltheti az alkalmazást, iOS és Android, telefonokra. A letöltés ingyenes, és csak a letöltéskor szükséges hozzá internetkapcsolat.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Horváth Krisztina
Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék,
Egészségügyi gondozás és prevenció (BsC), Védőnő szakirány, Győr
horvath.krisztina@ga.sze.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 08. 27.
Elfogadva: 2024. 08. 27.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Horváth Krisztina. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Megjelent a Veled az úton kártyacsomag – mentális támogatás onkológiai pácienseknek

By your side during and after your cancer treatment - a deck of affirmations for oncology patients

Szerző: [Mosza Diána](#)

Doi: [10.58701/mej.17584](#)

Kulcsszavak: rák; gyógyulás; szuggesztiók; mentális egészség; kártyák

Keywords: cancer; healing; positive affirmations; mental health; cards

A rákgyógyítás területén először 1959-ben Dr. Eugene P. Pendergrass, az Amerikai Ráktársaság elnöke hangsúlyozta a betegek testére és lelkére ható kezelések fontosságát, ő hívta fel rá először a figyelmünket, hogy az egészség visszanyerésébe vetett hit mozgósítása fontos tényező lehet a teljes és tartós gyógyulás elérésében.¹

Bár egyre több mozgalom segíti az onkológiai betegút megértését és a megelőzésre is nagy hangsúly került, a kezelések körüli testi-lelki mellékhatásokról és a betegség mentálhigiénés vetületeiről még mindig kevés szó esik hazánkban. A Veled az úton misszió a Láthatatlan háló projekt keretében valósul meg, célja a daganatos betegségből való gyógyulás megkönnyítése a verbális szuggesztiók erejével, melyek segítenek átkeretezni a gyógyulás útját és növelik az érintettek rezilienciáját. A megerősítő üzenetek elsődleges hordozója egy kártyapakli, melyet a [Láthatatlan háló webshopjában](#) bárki megvásárolhat, ugyanitt egyes kiemelt üzenetek poszter formában is elérhetőek. A Láthatatlan háló fontosnak

tartja, hogy a gyógyulás és gyógyítás olyan diszkurzív keretet kapjon, melyben a kezelések lépései és terei ideiglenesek ugyan, de belakhatóak, minden kellemetlenség és fájdalom ellenére megtartóak tudnak lenni. A poszterek országszerte onkológiai várókban és rendelőkben is megjelennek majd, a kártyacsomaghoz való hozzájutást pedig az adománypakli rendszer kidolgozásával szeretnék megkönnyíteni.



¹ Vö. O. Carl SIMONTON – Stephanie MATTHEWS-SIMONTON, A gyógyító képzelet – Belső erőforrásaink a rák ellen, 21–22.

A kártyák és poszterek terjesztése mellett a kártyapaklit kidolgozó Mosza Diána (az ELTE BTK korporális narratológiával foglalkozó doktorandusza) országsszerte workshopokat szervez segítő szakembereknek, hogy előkészítse és megkönnyítse a kártyacsomag integrálását a segítői gyakorlatba. A projekt a Fogjunk Össze az Egészségügyért Alapítvánnyal és Dr. Ficzeré Andreával együttműködve indult, a közös

munka keretében februárban konferenciát szerveznek a daganatos betegségek körüli diskurzusokról és a betegút pszichológiai és nyelvi beágyazottságáról. A konferenciával kapcsolatos részletekért keresse fel a www.fogjunkossze.hu-t. A Veled az úton misszióval kapcsolatos további információkért pedig látogasson el a www.lathatatlanhalo.hu-ra.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Mosza Diána
Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Budapest
info@lathatatlanhalo.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 11. 15.
Elfogadva: 2024. 11. 16.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Mosza Diána. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Rövid hírek a nagyvilágból

Short news from around the world

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.17650](https://doi.org/10.58701/mej.17650)

Kulcsszavak: egészségegyenlőtlenségek; „Egy az egészség”; egészségügyi ellátás; cukorbetegség
Keywords: *health inequalities; “One health”; health care; diabetes*

WHO eszközt és oktatóanyagot biztosít, hogy a Microsoft Excel segítségével elemezni lehessen az egészségi egyenlőtlenségeket

Az egészségi egyenlőtlenségek nyomon követése alapvető fontosságú azon népességcsoportok azonosításához, amelyek az egészségügyi ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférés, az egészségi állapotuk és a társadalmi meghatározó tényezők miatt lemaradásban vannak. Az ilyen egyenlőtlenségek helyének azonosítása lehetővé teszi a célzott beavatkozásokat, és végső soron egy igazságosabb és befogadóbb egészségügyi ellátórendszer kialakítását.

A megjelent [cikk](#) három, a WHO által kifejlesztett forrást ismertet, amelyek célja, hogy a nem statisztikus felhasználók számára segítsék az egyenlőtlenségi adatok elemzését a Microsoft Excel, egy széles körben használt és hozzáférhető szoftverprogram segítségével. A források közé tartozik egy gyakorlati *eLearning* tanfolyam, amely a tanulókat a csoportokra bontott adatok Excel segítségével történő előkészítésére és jelentés készítésére oktatja, egy Excel munkafüzet, amely lépésről lépésre végigvezeti a felhasználókat az egészségi egyenlőtlenségek 21 összefog-

láló mérőszámának kiszámításán, valamint egy olyan munkafüzet, amely automatikusan kiszámítja ezeket a mérőszámokat a felhasználó bontott adatkészletével. A források hasznosságát egy empirikus példán keresztül mutatja be.

Megkezdte működését az „Egy az egészség” (One Health) hálózat Ausztriában: a transzdiszciplináris együttműködések útjának egyengetése

A COVID-19 utáni korszakban az érdekeltek, köztük a politikai döntéshozók, a finanszírozók és a nyilvánosság egyre inkább a hagyományos intézkedéseken túlmutató, ágazatközi rendszeralapú megközelítést keresnek az egészségügyi kockázatokkal kapcsolatban.

A három egészségügyi pilléren – emberi, állati és környezeti egészség – nyugvó One Health ígéretes keretet kínál ennek az igénynek a hatékony kielégítésére. Míg egyes nemzetek már végrehajtották a nemzeti One Health stratégiai terveket, az európai országok általában véve lemaradásban vannak a globális menetrenddel szemben. Ausztriában 2024. február 22-én egy olyan kezdeményezés indult el, amely ezt a hiányosságot hivatott orvosolni, több

ágazatot és tudományágat egyesítve, és amely az első lépést jelenti a nemzeti One Health hálózat létrehozásában. A kezdeményezők [hangsúlyozták](#) az „Egy egészség” oktatás fejlesztésének fontosságát, és olyan kulcsfontosságú témákkal foglalkozott, mint például az „Egy egészség” környezeti pillérének, valamint a társadalmi-gazdasági és kulturális tényezőknek a beépítése a járványkitörések jobb megértése érdekében, valamint a szakterületek és ágazatok közötti megbízható kommunikációs csatornák létrehozása, beleértve az adatmegosztást is. Az azonosított kihívások között szerepelt a transzdiszciplináris kutatások nagyobb mértékű finanszírozásának szükségessége. Az előrelépés lehetőségei közé tartozik a helyi „One Health” projektek kezdeményezése és pozitív hatásai bemutatása. A jövőben az erőfeszítések arra fognak összpontosítani, hogy Ausztriában kiforrott és globálisan összekapcsolt One Health keretrendszer hozzanak létre, és támogassák az One Health szempontok integrálását az oktatási tantervekben, kutatási programokban és szakpolitikákban. (Az „Egy az egészség” témáról magyarul [itt](#) lehet olvasni.)

A fogantatás utáni első 1000 napon fogyasztott cukor növeli a későbbi életkorban a krónikus betegségek esélyét

Az 1951-ben bevezetett cukoradagolás az Egyesült Királyságban lehetőséget kínált arra, hogy részletesebben megvizsgálják a cukorfogyasztás hatását a későbbi életkorra. A második világháború alatti gazdasági nehézségek arra kényszerítették a kormányt, hogy élelmiszeradagokat vezessen be, és a cukor korlátozását csak 1953-ban, évekkel a háború befejezése után oldották fel.

A kutatók a UK Biobank egészségügyi adatait vizsgálták meg a cukoradagolás vége

előtt és után, azaz az 1951 és 1956 között született mintegy 60 183 résztvevőre vonatkozóan, hogy meghatározzák a cukorfogyasztás ilyen nagymértékű növekedésének hatásait.

A kutatók [megállapították](#), hogy a cukor korlátozás idején fogant embereknél 35%-kal alacsonyabb volt a cukorbetegség és 20%-kal ritkább a magas vérnyomás kockázata, mint azoknál, akik az adagolás után fogantak.

Az eredmények nem jelentik azt, hogy a terheseknek és a kisgyermekes szülőknek ki kell iktatniuk a hozzáadott cukrot a saját vagy gyermekük étrendjéből, de a csökkentésre van bőven lehetőség: például az Egyesült Államokban a várandósok és a szoptatók jellemzően az ajánlott mennyiség több mint háromszorosát fogyasztják a hozzáadott cukornak.

Megjelent az „Egészségügyi ellátás felkészültsége index 2023”

A [Health Care Readiness Index](#) értékeli az országok képességét a jelenlegi egészségügyi szükségletek kielégítésére (Readiness Today) és a jövőbeli kihívásokra való felkészültségüket (Readiness Tomorrow). Olyan tényezőket értékel, mint az egészségügyi ellátás finanszírozása, az egészségügyi személyzet rendelkezésre állása, a diagnosztikai infrastruktúra és az egészségügyi eredmények. Figyelembe veszi a jövőbeli egészségügyi igényeket is, beleértve a betegségek elterjedtségét, a kockázati tényezőket és a megelőző intézkedések végrehajtását.

A nemrégiben közzétett [új jelentés](#) aggasztó helyzetet mutat Közép- és Kelet-Európa számára. A tíz legrosszabb helyezést elért ország közül kilenc a közép-kelet-európai régióból származik, a legrosszabb eredményt Bulgária, Lengyelország és Lettország érte el. A jelentés rámutat az

egészségügyi ellátás finanszírozása, infrastruktúrája és felkészültsége terén mutatkozó jelentős hiányosságokra, ami komoly aggodalomra ad okot a térségben élő emberek millióinak egészségügyi ellátásának jövőjét illetően.

Magyarország a 100 lehetséges pontból 50,1 pontot ért el, a „Felkészültség ma” dimenzióban 51, a „Felkészültség holnap” dimenzióban 50-et. Hazánkra készített összegzés szerint, Magyarországnak kihí-

vásokkal kell szembenéznie mind a jelenlegi egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, mind a jövővel kapcsolatban is. Az ország alacsonyabb pontszámokat ért el az orvosi felszerelések elérhetősége és az egészségügyi munkaerő tekintetében. Az általános felkészültség javítása érdekében összpontosítania kell a megelőző ellátásra és a hosszú távú egészségügyi stratégiára.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 11. 27.
Elfogadva: 2024. 11. 27.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei

Public Health 3.0 - Activities of the Association for the Renewal of Hungarian Public Health

Szerző: [Vitrai József](#)

Kulcsszavak: népegészségügy; Egészségfejlesztő Egyetem, népegészségügyi termékadó
Keywords: public health; Health Promoting Universities; unhealthy food tax

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesületet különböző szakterületeken tevékenykedő szakemberek csoportja alapította 2020-ban. Jelenleg 15 fős tagsággal működik. Az Egyesület a [Multidiszciplináris Egészség és Jólét](#) (MEJ) folyóirat kiadása mellett számos más kezdeményezés, közös gondolkodás elindításával tesz a hazai népegészségügy fejlesztéséért.

Az Egyesület küldetése

Meggyőződésünk, hogy a teljes és boldog élet elsődleges feltétele az egészség, amelynek eléréséhez a korszerű és hatékony népegészségügy nélkülözhetetlen. A jelentős hazai egészségveszteségek, és azok társadalmi-területi egyenlőtlenségei arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezeléséhez mindezig alkalmazott megoldási módok nem működtek eredményesen és hatékonyan Magyarországon. Ezért egyesületünk célja a hazai népegészségügy elméletének és gyakorlatának új megközelítéssel történő fejlesztése.

TEGYÜNK EGYÜTT A NÉPEGÉSZSÉGÜGY MEGÚJÍTÁSÁÉRT!

Mindenki, aki követi a híreket, értesülhetett arról, hogy a hazai egészségügyi rendszerben jelentős változások történtek, és a jövőben még továbbiak várhatók. Számíthatunk változásokra a népegészségügy területén is, ezért az átalakító döntések megalapozásához az Egyesület egy szakmai koncepció kidolgozását kezdeményezte. A beérkező vélemények, javaslatok alapján véglegesített szakmai koncepciót a tavalyi év végén nyilvánosságra hozták az Egyesület honlapján [„ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról”](#) címmel.

Az Egyesület a koncepciót 2024.11.22-én az [EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS HOLNAPUTÁN: RENDSZERSZEMLÉLET, PARTICIPÁCIÓ, EGYÜTTMŰKÖDÉS](#) c. konferencián bemutatta. Az elkészült koncepciót eljuttattuk az egészségügyért felelős államtitkár és az országos tisztifőorvos számára, illetve további közel 1000 szakmai e-mail címre.

EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ EGYETEM

A 2023. június 19-én online megrendezett 1. Szakmai Fórumon egyetértés alakult ki abban, hogy a Szakmai Fórum célja az Egészséget és Jólétet előmozdító Egyetemek Hálózata, röviden az EGÉSZJÓL létrejöttének, működésének kezdeményezése és támogatására.

A Szakmai Fórum teret biztosít az egyetemi egészségfejlesztéssel kapcsolatos kihívások és lehetőségek megvitatására, valamint az innovatív gyakorlati megoldások megosztására, a részt vevő szakemberek ezáltal segíteni tudják egymást az egyetemi egészségfejlesztési projektjeik megvalósításában. Az egészségfejlesztő egyetemek az egészséget a mindennapi működésbe, az üzleti gyakorlatba és a tudományos munkájukba építik be. Azáltal fokozzák intézményeik sikerét, hogy javítják az egyetemeken élő, tanuló, dolgozók egészségét és erősítik közösségeik ökológiai, társadalmi és gazdasági fenntarthatóságát. Az Egészségfejlesztő Egyetem kezdeményezés az [International Health Promoting Universities and Colleges Network](#) számára készített [Okanagan Chartára](#) épül, amely közös nyelvet, elveket és keretet biztosít az intézmények számára ahhoz, hogy egészséget és jólétet támogató kampuszokká váljanak.

A Szakmai Fórum tagjaiból az Egyesület több egyetemet képviselő, 13 tagú Felmérési Munkacsoport alapított, amelynek első feladata szisztematikus áttekintést készíteni az egyetemi egészség és jólét vizsgálatával kapcsolatos szakirodalomról. Az áttekintéshez elkészítették a protokollt, amit az Open Science Framework szervezetnél [regisztráltak](#), illetve közlésre benyújtották a British Medical Journal Open folyóirathoz. A tervek szerint az áttekintést július közepétől augusztus végéig teljesítik, és az eredményt 2024

őszén publikációra benyújtják. Az első egyetemi felmérésekre várhatóan 2025 őszén kerül sor.

További információ a kezdeményezésről az [Egyesület weboldalán](#) olvasható.

SZAKÉRTŐI EGYEZTETÉS A NETA-RÓL

Közismert, hogy a magas zsír-, cukor- és sótartalmú élelmiszerek, illetve az alkohol-tartalmú italok túlzott fogyasztása komoly társadalmi terhet jelent a modern társadalmakra az elhízás és számos nem fertőző, krónikus betegség révén. E termékek fogyasztásának visszaszorítására az egyik lehetőség azok árának adókkal történő növelése.

Az EU Bizottság megbízásából egy szakértői csoport feltérképezte az alkohol és a magas zsír-, cukor- és sótartalmú termékek fogyasztásának csökkentését célzó adóügyi intézkedéseket és egyéb árpolitikákat az EU országokban, valamint Ausztráliában, Chilében és az Egyesült Államokban. A 2022-ben közzétett [„Mapping of pricing policies and fiscal measures applied to food, non-alcoholic and alcoholic beverages”](#) c. tanulmány az árpolitikák és adóügyi intézkedések legjobb gyakorlatait is azonosította.

A Magyarországon már több mint egy évtizede bevezetett népegészségügyi termékadó (NETA) hatásának fokozása érdekében célszerűnek látszik a hazai szakembereknek áttekinteni a dokumentumban összefoglalt nemzetközi tapasztalatokat, és megvizsgálni, hogyan lehetne adaptálni azokat. Ezért az Egyesület egy szakmai fórum összehívását kezdeményezte.

A fórumon részt vevő szakértők megvitatták a nemzetközi tapasztalatok adap-

tálásának lehetőségeit, és javaslatokat dolgoznak ki az egészségügyi kormányzat számára. A fórumon olyan szakemberek vesznek részt, akik a NETA-val kapcsolatban képviselni tudják a népegészségügy, a táplálkozástudomány és a közgazdaságtan területét. A szakértők a konszenzuson alapuló ajánlást 2024 végéig tervezik elkészíteni.

További információ a kezdeményezésről az [Egyesület weboldalán](#) olvasható.

HOGYAN CSATLAKOZHAT EGYESÜLETÜNKHÖZ?

Örömmel fogadjuk a népegészségügy megújításában részt venni kívánó szakemberek, szervezetek csatlakozását az Egyesülethez. A belépéssel kapcsolatos információk elérhetők [honlapunkon](#). Aktuális híreinkért, eredményeinkért kövesse [facebook oldalunkat](#) és ossza meg azt munkatársaival!

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József elnök
Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Budapest
nepegeszsegugy3.0@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 11. 27.
Elfogadva: 2024. 11. 27.
Megjelentetve: 2024. 12. 18.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.