



MULTIDISZCIPLINÁRIS
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT

2024. 2. évfolyam 2. szám



TARTALOM

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

Elindult a MEJ Café	1
---------------------------	---

VIZSGÁLATOK

A Covid-19 járvány hatása iskoláskorúak lelki és társas jóllét mutatóira.....	3
Kvantitatív vizsgálat egészségügyi szakemberek bevonásával az autista személyek egészségügyi ellátásának jellemzőiről.....	25
Szervezeti „jóllét” a mindennapokban – A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara az örömteli szervezetté válás útján	36
Az otthoni hospice ellátás magyarországi egyenlőtlenségei – adminisztratív adatok feltáró elemzésének első járási szintű eredményei	52

VÉLEMÉNYEK

Nem? Nem. Társadalmi nem!.....	71
--------------------------------	----

INTERJÚK

Interjú Kökény Mihály egészségpolitikussal.....	82
---	----

VIZUÁLIS KIVONATOK

Vizuális kivonat: Az ellátás folyamatossága mint a generációk és fajok közötti igazságtalan egészség- különbségek megszüntetésének egységes keretrendszere	90
---	----

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az egészségföldrajz és a viselkedési közgazdaságtan az egészségfejlesztés szolgálatában.....	93
Cikkismertetés: Út az egészség és jóllét felé – a hallgatók és a munkatársak közös stratégiája	96

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Az emberi jóllétre vonatkozó népegészségügyi szemléletek narratív áttekintése	101
---	-----

SZAKMAI HÍREK

Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei .	110
--	-----

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

Elindult a MEJ Café

We have launched the MEJ Café

Lapunk szerkesztősége törekszik a folyamatos megújulásra, fejlődésre, új megoldások alkalmazására ezért a MEJ podcast sorozat után elindítottuk a MEJ Café-t. Az online workshop sorozat keretében tervezett havi rendszerességgel szervezünk online, ingyenesen látogatható eseményeket.

Az első MEJ Café-t május 16-án tartottuk meg, melynek témája „Hogyan írunk cikkismertetést?” volt. A workshopon a tudományos publikációt tervező szakemberek számára igyekeztünk segítséget nyújtani a közlemények elkészítésének első lépéseihez valamint lehetőséget adni a tapasztalatok megosztására. Köszönjük az érdeklődőknek az aktív részvételt, bízunk benne, hogy a cikkismertetést fontolgató szakembereknek tudtunk hasznos tanácsokat adni és hamarosan szerzőink között tudhatjuk őket.

Június 13-án tartjuk a következő MEJ Café-t, ennek témája: „Szakdolgozatból publikáció”. A workshop keretében tapasztalt szerkesztőink adnak információt többek között az következőkről: Szerzői útmutató megismerése, Közlemények felépítése, Hivatkozások szakszerű feltüntetése. Lehetőség lesz kérdések, ötletek megvitatására. A workshopról és a csatlakozás módjától minden információ elérhető az [esemény oldalán](#).

Büszkék vagyunk rá, hogy lapunk együttműködő partnere lehetett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi

Kar XXX. Kari Tudományos Diákköri Konferenciájának. Köszönjük az egyetem elismerését, melyet egy emléklap formájában juttattak el szerkesztőségünkhöz. Bízunk benne, hogy ezzel is támogatni tudjuk a hallgatók tudományos pályáját és egyre több fiatal köszönthetünk lapunk rendszeres szerzői között.

A MEJ eddig megjelent 5 lapszámában összesen közel 80 közleményt jelentettünk meg. A szerzők gyarapodó száma mellett az olvasottsági adatok alapján is örömmel látjuk, hogy a folyóirat felkeltette a szakemberek érdeklődését. A közlemények absztraktjait több mint 9400-szor nyitották meg olvasásra, a cikkeket már mintegy 6000 alkalommal töltötték le.

Az idei évtől több új rovatot biztosítunk a szerzőknek. Ilyen például a „Junior kutatók” rovat, ahol az egészség-, társadalom- és bölcsészettudományok területén tanuló és tudományos pályára készülő hallgatók közleményeit várjuk, például PhD dolgozatoknak, vagy azok egy fejezetének, mesterszakos szakdolgozatoknak vagy TDK munkáknak a tartalmi összefoglalóit. A publikálást tervező szerzők figyelmébe ajánljuk folyamatosan frissülő, magyar és angol nyelven is elérhető, szabadon letölthető [»Szerzői útmutatónkat«](#).

Egyre népszerűbb a „Legyen a szerzőnk!” felhívásunk, melynek célja, hogy a szerzők saját kutatásának és mások témába vágó vizsgálatainak bemutatása, releváns szakdokumentumok ismertetése mellett nem-

zetközi lapokban publikált közlemények recenzióját is bemutassuk. Ezért folyamatosan frissítjük az ismertetésre ajánlott közlemények [listáját](#). A cikkgyűjtemény csupán támpontként szolgál a lapunkban publikálást tervező szakembereknek, az itt szereplő írások mellett más cikkek bemutatását is örömmel fogadjuk. A cikkismertetések beküldési határideje az idei harmadik lapszámba 2024. augusztus 2., jelentkezni a szerkesztőség [e-mail](#) címen lehet. További információ a felhívás oldalán: [»Legyen a szerzőnk«](#)

Ha fontosnak tartja a független és hiteles tudományos tájékoztatást, kérjük, támogassa Ön is lapunk megjelenését. Az adományokat a folyóirat-megjelentetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működésének biztosítása mellett arra fordítjuk, hogy tartalmainkat minél többekhez eljuttassuk a közösségi média felületein is. A felajánlásokat a folyóirat kiadója, a [Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület](#) bankszámlaszá-

mán fogadjuk: 10400188-50526980-53531004. Közleményként, kérjük, írja be: "MEJ támogatása". Amennyiben hozzájárul ahhoz, hogy nevét támogatóink között feltüntessük a folyóirat publikációs felületén, illetve közösségi média oldalainkon, a közleménybe kérjük, írja be a feltüntetni kívánt nevet is. Eseti támogatását is nagyra értékeljük, de külön köszönjük, ha megtisztel bennünket bizalmával és rendszeres adományozóinkká válva hosszú távon segíti munkánkat.

Friss híreinkért, felhívásainkért kövesse továbbra is [facebook](#) és [LinkedIn](#) oldalunkat, adjon nekünk visszajelzést hozzászólásokkal, megosztásokkal, illetve lapozza át újra a korábbi lapszámokat!

[2023/1.](#), [2023/2.](#), [2023/3.](#), [2023/4.](#),
[2024/1.](#)

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

OLVASOTTSÁG

a 2023. 1. lapszám megjelenése óta eltelt időszakban
(Forrás: Open Journal System, 2024. 06. 10.)

9420	Absztrakt elolvasások száma
5976	Cikk letöltések száma
61	Elfogadásig eltelt napok átlagos száma
79,38%	Elfogadási arány

VIZSGÁLATOK

A Covid-19 járvány hatása iskoláskorúak lelki és társas jóllét mutatóira

The impacts of Covid-19 pandemics on the mental and social well-being of Hungarian schoolchildren

Szerzők: [Várnai Dóra Eszter](#), [Sebestyén Edit](#), [Horváth Zsolt](#), [Kocsis Noémi](#), [Mészner Zsófia Klára](#), [Németh Ágnes](#)

Doi: [10.58701/mej.12852](https://doi.org/10.58701/mej.12852)

Kulcsszavak: Covid-19 pandémia hatásai; mentális egészség; iskoláskorúak mentális egészsége; társas jóllét

Keywords: the impacts of the Covid-19 pandemic; mental health; school aged children's mental health; social wellbeing

Absztrakt

BEVEZETÉS: A Covid-19 világjárvány alatt gyűjtött kvantitatív és kvalitatív adatok szerint a fiatalok mentális egészsége kedvezőtlen irányba változott a pandémia időszakában. Ezen belül is még kedvezőtlenebb mentális egészségmutatókról számoltak be az idősebb serdülők, a lányok, a kevésbé jó módú és/vagy a krónikus (mentális) betegséggel élő gyermekek.

MÓDSZERTAN: Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása nemzetközi háttérű kutatás országosan reprezentatív, négy évente ismétlődő adatfelvételein végeztük elemzéseinket. A Covid-19 járvány hatásait leíró statisztika alapján szemléltetjük az 5–9. évfolyamosok körében a 2022-es adatok felhasználásával (N = 4 738). Mindemellett a lelki és társas jóllét egyes változóit hasonlítjuk össze 2018 és 2022 között korcsoportos bontásban, illetve bemutatjuk a változók időbeli trendjeit nemi bontásban is.

EREDMÉNYEK: A legtöbb tanuló (42,7–49,7%) úgy nyilatkozott, hogy a Covid-19 járvány semleges hatást gyakorolt az egész életére, az egészségére, a mentális egészségére, valamint családi és baráti kapcsolataira. Ugyanakkor azok aránya, akik szerint a pandémia nagyrészt negatív következményekkel járt, nagyobb (28,2–36,7%), mint azok aránya, akik pozitívnak ítélték meg az érzékelt hatásokat (15,8–27,2%). A járvány után a fiatalok alacsonyabb élettel való elégedettségéről számoltak be, kevesebben értékelték egészségüket kitűnőnek, családjuk és barátaik támogatását magasnak, többen tapasztaltak intenzívebb pszichoszomatikus tüneteket a későbbi adatfelvétel alkalmával. A lányok és az idősebb serdülők (a 9. évfolyamra járók) kedvezőtlenebb mentális egészségmutatókkal jellemezhetők.

KÖVETKEZTETÉSEK: Annak ellenére, hogy a pandémiás válság önmagában lehetőséget nyújtott a személyes növekedés és a családi összetartás lehetőségeinek

átélésére, a hazai fiatalok esetében az észlelt hátrányok meghaladták ezeket a potenciális előnyöket. Az eredmények mindenképpen arra utalnak, hogy szükséges a hazai gyermek és serdülő mentális egészségügyi szolgáltatások erősítés (pl. távpszichiátria a telemedicina eszközeivel), rendszeres adatgyűjtések végzése, átfogó egészségfejlesztési programok fejlesztése és bevezetése, valamint minden-
nek keretét adó széleskörű, korosztályos (mentális) egészségstratégia kidolgozása.

Abstract

INTRODUCTION: According to quantitative and qualitative data collected during the period of the Covid-19 pandemic, the mental health of young people has been adversely impacted in this period. Older adolescents, girls, children from low affluence families or young people with chronic (mental) illnesses are more likely to report even worse mental health indicators.

METHODS: We conducted our analyses on the Hungarian nationally representative samples of Health Behaviour in School-aged Children, a WHO-collaborated cross-national study. We illustrate the impacts of Covid-19 pandemic using descriptive statistics among 5–9 graders on the 2022 dataset (N = 4 738). In addition, we compare variables of mental and social well-being between 2018 and 2022 by age group and present the trends of the variables over time by gender.

RESULTS: Most students (42.7–49.7%) reported that the Covid-19 pandemic had a neutral impact on their whole life, health, mental health, and family and peer relations. However, the rate of those who reported that the pandemic had negative consequences is higher (28.2–36.7%), than those who reported about positive impacts (28.2–36.7%). Young people reported slightly lower life satisfaction after pandemic and fewer rated their health as excellent than before. Lower rate of students reported about high family and peer support, the prevalence of those with multiple health complaints has increased compared to the previous data collections. Girls and older adolescents (9th grade) are more likely to report less favourable mental health indicators.

CONCLUSIONS: Even though the pandemic crisis in itself provided an opportunity to experience personal growth and higher family cohesion, in the case of Hungarian youth, the disadvantages perceived outweighed these potential advantages. The results are certainly arguments for capacity building of child and adolescent mental health services, regular data collection, the development of comprehensive health promotion programs, and as well as a comprehensive, age-specific (mental) health strategy.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

Számos nemzetközi kutatás megerősítette a Covid-19 járvány fiatalok egészségére és jóllétére gyakorolt kedvezőtlen hatásait.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Hazánkban a pandémia hatásait a fiatalok többsége semlegesnek ítélte meg, de többen nyilatkoznak a kedvezőtlen, mint a pozitív következményekről. Mindemellett egyéb mutatók is a kedvezőtlen tendenciákra engednek következtetni.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása kutatás országosan reprezentatív minta alkalmazásával, valamint a járvány előtti és utáni mutatók összehasonlításával vizsgálja a járvány hatásait.

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2020 márciusában nyilvánította a Covid-19 (koronavírus betegség) járványt világjárvánnyá, majd 2023 tavaszán jelentették be hivatalosan a pandémia végét (World Health Organization, 2020, 2023a). Ez a váratlan, korlátozásokkal, sok veszteséggel járó globális egészségügyi válság 2020 és 2022 között jelentős hatással volt a gyermekek, a serdülők és családjaik mindennapjaira. Úgy tűnik, hogy számos Covid-19 által okozott hatás nagy része megfelel a Bronfenbrenner modell alapján értelmezett úgynevezett kronoszisztémás hatásnak, vagyis olyan tényezőnek, amely átmenetileg hat a fejlődésre

vagy a személyiségre (Bronfenbrenner, 1979).

Bár a járvány már jó ideje véget ért, mégis úgy érvelünk, hogy jelenleg is helye van, hogy a járvány hatásait további vizsgálatnak vessük alá. Annak ellenére, hogy a pandémia idején tapasztalt hatások időszakosak voltak, komplexitásuk okán többek számára hosszabb távú következményekkel jártak. Sokak számára, a fiatalok esetében is, a pandémia ideje olyan veszteséget hozott, ami a mai napig meghatározza életüket (Pentaries, 2021; Coker, Cheng és Ybarra, 2023). Többen még hosszú hónapokkal a járvány befejeződése után is hosszútávú, ún. long Covid tünetekkel küzdenek (Di Gennaro és mtsai, 2023). Ezen túlmenően több nagymintás vizsgálat a mai napig szolgáltat új adatokat a kapcsolódó kérdésekre vonatkozóan, és ezek alapján fontos megállapítások tehetők a jövőbeli krízishelyzetek esetére.

A kiszámíthatatlanság, az elhalálozás lehetősége és a hosszútávú következmények miatt a Covid-19 esetében a pszichológiai szakirodalom pandémia okozta stresszről beszél. Bár az egyének reakcióját az átélő stresszhez való személyes viszonyulása, értelmezése határozza meg, általánosságban elmondható, hogy a katasztrófák, így a Covid-19 járvány is, számos mentális egészségügyi probléma (például depresszió, szerhasználat, szomatikus panaszok) kialakulásához és fokozódásához vezetnek (Lazarus és Folkman, 1987; Goldmann és Galea, 2014).

A Covid-19 világjárvány 2020 tavaszi kitörése óta számos kutatást végeztek a mentális egészségügyi következményekről. Egy széleskörű tanulmány (COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021) szisztematikus áttekintése szerint a pandémia következtében az átlagpopulációban 27,6%-kal nőtt a depresszió és

25,6%-kal a szorongásos zavarok aránya. A járvány fokozta a magányosság érzését, az étellel való elégedettség pedig csökkent (Daly, Sutin és Robinson, 2021). Néhány országban a járvány alatt több öngyilkossági készletéről vagy kísérletről tanúskodnak az adatok (Wong és mtsai, 2023). Több vizsgálat kiemelte a serdülő korosztályt, ahol még kifejezettebb a pandémiával összefüggésbe hozható mentális egészségügyi problémák növekedése (Nearchou és mtsai, 2020). A világjárvány időszaka alatt gyűjtött kvantitatív és kvalitatív adatok szerint a fiatalok társas kapcsolatai jelentősen megváltoztak, emellett az egészséggel kapcsolatos szokásaik, napirendjük is átalakult (Rogers és Cruickshank, 2021, Clemente-Suárez és mtsai, 2021).

Sok fiatal számára, különösen a magas jövedelmű országokban, a világjárvány jelentette az első szembenézést a súlyos betegségek, a potenciális halál fenyegetésével (Fegert és mtsai, 2021). A gyermekek egy részénél maga a fertőzés okozott szorongást, főleg akkor, ha egy családtag elvesztésének traumájával is szembe kellett nézniük (Haig-Ferguson és mtsai, 2021). A saját félelmeiket esetenként fokozta (vagy indukálta) a szülők észlelt aggodalma. A legnagyobb terhelést azonban az iskolabezárások okozták a fiatalok számára. A további korlátozó intézkedések még jobban rombolták a társas kapcsolatokat (Hoffman és Miller, 2020). Nem mindenki számára jelentett megfelelő kapcsolatteremtési közeget az online tér sem: esetenként a megnövekedett internetes aktivitás növelte az online kortárs agresszió előfordulását (Patchin és Hinduja, 2023). A járvány miatt az egészségügyi ellátásban is zavarok keletkeztek: fontos szűrések, megelőzéssel foglalkozó rendelések maradtak el világszerte (World Health Organization, 2020). A szolgáltatás-kiesés a gyermek-

védelemben is érvényesült, és emiatt sokkal nehezebb lett a gyermekbántalmazás és az elhanyagolás felismerése (Bhatia és mtsai, 2021). Az iskolabezárások miatt a diákok tanulmányi eredménye is romlott, és a járvány éve alatt kimutatható tanulási veszteséget okozott a kelet-közép-európai országokban (Lannert és Varga, 2022).

A Covid-19 járvány miatt tehát a világ hirtelen bizonytalan helyé vált az fiatalok szemében, és ez vezetett oda, hogy a kontrollmérésekhez képest egyértelműen romlott a gyermekek mentális egészsége (Youngminds, 2021). Ezen belül is még kedvezőtlenebb mentális egészségmutatókról számoltak be az idősebb serdülők, a lányok, az eltérő fejlődésű és/vagy a krónikus (mentális) betegséggel élő gyermekek (Ravens-Sieberer és mtsai, 2021).

A Covid-19 pandémia hazánkban

A WHO adatai szerint Magyarországon 2020. január 3. és 2023. szeptember 13. között 2 204 090 Covid-19 megbetegedés, és 48 803 haláleset történt (World Health Organization, 2023a). A 0–18 éves korcsoportban 2020. március 4. és 2022. szeptember 30. között 278 478 esetben igazolták a fertőzést, ugyanakkor ebben a korcsoportban a mortalitás vagy kórházi felvétel adatai nem ismertek.

A gyermekeket leginkább érintő intézkedéseket tekintve az első teljes iskolai zárlat, amikor kizárólag online oktatás zajlott, 2020. március 16. és június 1. között történt, de a magasabb évfolyamok tanulói szeptember 1-ig nem látogathatták az iskolát (World Health Organization, 2023b). A második iskolai lezárás 2020. november 9-én kezdődött bizonyos évfolyamokon, a teljes iskolazárásra 2021. március 8-tól április 26-ig került sor.

A pandémia alatti kedvezőtlen irányú életmódbeli változásokat, a szomatikus és mentális egészség terén bekövetkező kedvezőtlen tendenciákat hazai kutatások is megerősítették (Szentiványi és mtsai, 2022; Babusa, Túry és Pászthy, 2022). Az UNICEF Magyarország 3–18 éves gyermekeket nevelő szülők körében végzett vizsgálatában a szülők fele azt nyilatkozta, hogy gyermeke mentális egészsége romlott a járvány alatt (UNICEF, 2021). A legtöbben azt vették észre, hogy gyermekük nyugtalanabb, figyelmetlenebb lett a szokásosnál, elvonult a világ elől, vagy szorongott a pandémia idején. Leginkább a kamaszokat érintette negatívan a járvány. Adataik alapján a szakértők arra jutottak, minél alacsonyabb jövedelemből él a család, a fiatalok annál jobban ki voltak téve a mentális kockázatoknak (UNICEF, 2021).

A jelen tanulmány

Hazánkban is számos kutatás vizsgálta az egészségi állapot változását a járvány időszakai alatt, ugyanakkor kevés esetben van mód az esemény előtti és utáni mutatók összehasonlítására anélkül, hogy közvetlenül a vizsgálati személyekre bízánk a korábbi időpontokra való visszatekintést. A több időpontban végzett adatgyűjtésünk alapja az Iskóláskorú Gyermekek Egészségmagatartása¹ (továbbiakban HBSC) című kutatás (Németh és Várnai, 2019; Németh és Költő, 2016; Németh és Költő, 2011; Németh, 2007). A HBSC országosan reprezentatív, ugyanakkor nemzetközi háttérű kutatás, amelynek fókuszában a serdülők életmódja és egészséget befolyásoló magatartásaik állnak (Inchley és mtsai, 2020). Tekintettel arra, hogy e vizsgálat évtizedek óta folyó, nagymintás felmérések sorozata, lehetőségünk van bizonyos mutatók adatfelvételek közti nyomon követésére, valamint nemzetközi kitekintésre is.

Jelen munkánkban elsőként azt vizsgáljuk, hogy a fiatalok hogyan értékelték a járvány hatásait az életük különböző területein. Ezután további változók mentén megvizsgáljuk, hogy adott életterületeken valóban történt-e elmozdulás, tulajdonképpen validálva a fiatalok észlelését a különböző változásokról. Kérdésünk, hogy a járvány előtti és utáni adatfelvételek során valóban tapasztalunk-e a hatások irányának megfelelő változásokat az étellel való elégedettség, az önminősített egészség, a pszichoszomatikus panaszok, valamint a családi és a kortárs támogatás területein.

MÓDSZERTAN

A minta

Tekintettel arra, hogy közleményünk időbeli változásokról is szól, több vizsgálati év mintáját mutatjuk be. Az adatgyűjtés mindig az aktuális nemzetközi kutatási protolloknak megfelelően zajlik (Currie és mtsai, 2010, 2014; Inchley és mtsai, 2018, 2022). A reprezentatív minta kiválasztására az adott vizsgálati év (iskolai tanév) közoktatási statisztikái alapján kerül sor, többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással (Németh, 2007; Németh és Költő, 2011, 2016; Németh és Várnai, 2019). Az adatfelvételbe bevont korcsoportok a nemzetközi követelményeknek megfelelően 2001-től kezdődően az 5., 7. és 9., továbbá hazai elemzésre a 11. évfolyamok. Ennek megfelelően a nemzetközi összehasonlításhoz a tanulmányban megjelent elemzéseket az 5–9. évfolyamos tanulók körében végeztük el. Az elsődleges mintavételi egységek a véletlen módszerrel kiválasztott osztályok. Jelen elemzésbe négy, 2010 és 2022 között elvégzett mintavétel adatait vontunk be. (1. táblázat)

¹ Health Behaviour in School-aged Children

Mérőeszközök

A Covid-19 járvány hatásainak megítélésére összesen tíz terület vonatkozásában kértük meg a fiatalokat, hogy értékeljék a koronavírus hatását². Az itt bemutatott elemzésben öt területtel kapcsolatban közlünk eredményeket: a járvány hatása az egész életre, az egészségre, a családi és

baráti kapcsolatokra és a lelki egészségre. A hatásokat a következők szerint értékelték a tanulók: nagyon kedvezőtlen; kedvezőtlen; se nem kedvező, se nem kedvezőtlen; kedvező és nagyon kedvező. Az adatbemutatásnál a nagyon kedvezőtlen és kedvezőtlen, valamint a kedvező és nagyon kedvező kategóriákat összevontuk.

1. táblázat: A HBSC kutatás mintanagysága vizsgálati év szerint (Forrás: HBSC, 2010, 2014, 2018, 2022)

	N ^{total} 11–15 évesek	Fiúk (%)	Lányok (%)	5. évfolyam (11 évesek) (%) / (átlagéletkor)	7. évfolyam (13 évesek) (%) / (átlagéletkor)	9. évfolyam (15 évesek) (%) / (átlagéletkor)
2010	5 782	52,0	48,0	29,7 (11,7)	31,6 (13,6)	38,7 (15,7)
2014	4 924	50,4	49,6	36,0 (11,7)	33,3 (13,7)	30,7 (15,9)
2018	4 546	49,4	51,6	32,5 (11,7)	29,9 (13,8)	37,7 (15,9)
2022	4 738	48,1	51,9	33,4 (11,7)	24,4 (13,6)	42,2 (15,8)

Az egyes adatfelvételek közti összehasonlításhoz a következő változókat használtuk fel.

Az *élettel való elégedettség* értékeléséhez a fiatalok 0–10-ig terjedő Cantril-létrán (Cantril, 1965) jelölhették, hogy milyenek ítélik a jelenlegi életüket. A skálán a 0 a lehető legrosszabb, a 10 a lehető legjobb életet jelenti. Ezt a változót skálaként alkalmaztuk, és az elemzésben a minták átlagát hasonlítottuk össze.

Az *önminősített egészséget* egy kérdéssel vizsgálta a kérdőív. A „Szerinted milyen az egészséged?” kérdésre rossz/megfelelő/jó/kitűnő választ adhattak a tanulók.

Elemzésünkben a saját egészségüket kitűnőnek minősítő gyermekek arányát használtuk fel.

A testi tünetek jelenlétének vizsgálatához a tanulónak nyolc pszichoszomatikus tünet (fejfájás, hasfájás, hátfájás, szédülés, rosszkedv, ingerlékenység, idegesség, alvási panaszok) gyakoriságát kellett megítélniük egy 1–5-ig terjedő skálán (1 – szinte naponta, 5 – ritkábban vagy soha). Ebből egy *intenzív testi tünetek* változót képeztük, ha legalább két tünet legalább heti két alkalommal megjelent. Az elemzésekben az intenzív tünetekről beszámolók arányát használtuk fel.

² A tanulónak a következő kérdést tettük fel: „A korona-vírus világjárvány a kezdete óta sok ember életét érintette (pl. lezárások, kijárási tilalom, iskolabezárások, távoktatás és társas távolságtartás). Milyen hatással voltak ezek az intézkedések az életed következő területeire? [A kedvezőtlen hatás azt jelenti, hogy a dolgok rosszabbak lettek, a kedvező hatás, hogy a dolgok jobbak lettek.]”.

A *családi és kortárs támogatást* négy-négy tétellel vizsgálta a kutatás, amelyek az MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Multidimenzió-nális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív*); Zimet és mtsai, 1988, magyar adaptáció: Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámbori, 2017) skála egy-egy alskáláját alkotják. Az állításokat 1–7 terjedelmű skálán kell megítélni a családra és a kortársakra vonatkozóan, a skálatartomány 4–28 pont közötti. Elemzésünkben a magas kortárs vagy baráti támogatásról beszámoló gyermekek arányát hasonlítottuk össze³. A családi és kortárs támogatás skála 2014 óta szerepel a hazai és nemzetközi kérdőívben, ezért a trendek bemutatásánál eddig az időpontig tudunk visszamenni.

Eljárás

A HBSC kutatásról általában

A felmérések minden vizsgálati évben az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának jóváhagyásával zajlanak. Amennyiben a kiválasztott iskolák vállalják az együttműködést, az érintett tanulók szüleit írásban tájékoztatjuk a kutatásról, és passzív beleegyezésüket kérjük gyermekek részvételéhez. Az adatfelvételeket felkészített kérdezőbiztosok végzik. A névtelen kérdőívek felvétele osztályonként történik. A kérdőív kitöltése a tanulók számára önkéntes, 2014-től aktív (írásos) beleegyezéssel.

A 2021/2022-es adatfelvétel a korábbi papír-ceruza gyakorlattól eltérően már online valósult meg. Az adatfelvételt követően, amennyiben papírról digitalizá-

lásra volt szükség, 10%-os szisztematikus ellenőrzés, majd minden adatfájlnál adat-tisztítás és súlyozás történt.

Statisztikai elemzések

A Covid-19 járvány hatásait leíró statisztikára támaszkodva szemléltetjük. Továbbá minden említett változó esetében bemutatjuk a 2018–2022-es adatfelvételek közti változást évfolyamonkénti bontásban (Welch-t próba vagy khi négyzet próba segítségével). Mindemellett minden említett változó esetében bemutatjuk a 2010–2022-es adatfelvételek közti változásokat nemenkénti és a teljes minta tekintetében is (ez alól a családi és kortárs támogatás változók kivételek, mert ezeket 2014-ben kérdeztük először). A hazai trendelemzésekhez minden változó esetében kiszámítottuk a százalékos arányszámokhoz tartozó 95%-os megbízhatósági intervallumokat (CI), mind a teljes mintákra, mind a mintákon belül mindkét nemre⁴. Az eredmények közlésénél szignifikánsan különbözőnek tekintettük azokat az arányszámokat, amelyek megbízhatósági intervalluma nem volt átfedő. A százalékos arányokat a vizsgálati év függvényében diagramokon ábrázoltuk: egy ábrán egy adott változó időbeli trendjeit láthatjuk az összmintára, valamint külön a fiúkra és a lányokra vonatkozóan. Az arányszámok melletti csillag (*) azt jelzi, hogy az adott érték szignifikánsan különbözik az előző évitől. A részletes adatokat és a statisztikai próbák eredményeit a törzsszöveg mögött összefoglaló táblázatban közöljük. Az elemzéseket az IBM SPSS 27. változatával, valamint a Jamovi 2.3.1. statisztikai szoftverekkel készítettük.

³ A nemzetközi kutatási protokoll alapján azt tekintettük magas kortárs vagy családi támogatásnak, ha az itemekre adott pontszámokat összeadva és 4-gyel elosztva az érték 5,5 pont vagy afeletti.

⁴ Az alkalmazott képlet: $CI\ 95\% = p \pm z \cdot SE$, $SE = \sqrt{p(1-p)/n}$, ahol p = előfordulási arány (prevalencia), azaz X/n ; n = elemszám; $z = 1,96$.

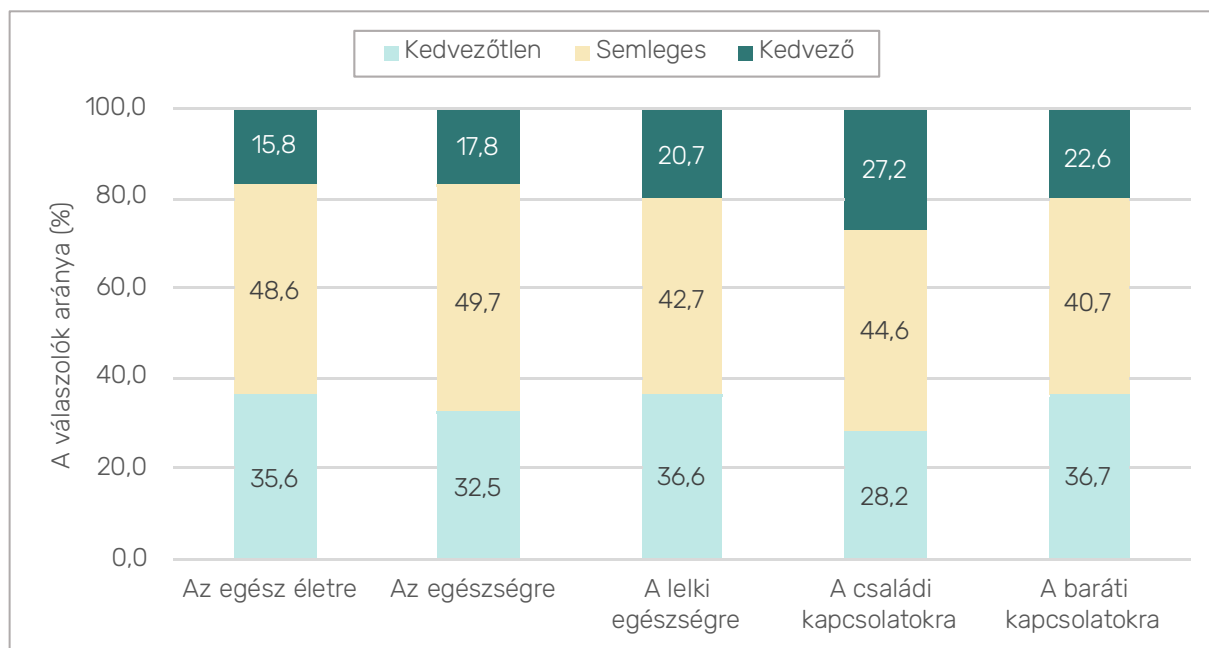
EREDMÉNYEK

A Covid-19 járvány hatásai

A legtöbb tanuló úgy nyilatkozott, hogy a Covid-19 járvány semleges (vagyis sem nem kedvező, sem nem kedvezőtlen)

hatást gyakorolt az egész életére, az egészségére, a mentális egészségére, valamint családi és baráti kapcsolataira. A semleges hatások prevalenciája 40,7% és 49,7% között mozog (a legalacsonyabb a kortárs kapcsolatokra, a legmagasabb az egészségre vonatkozóan). (1. ábra)

1. ábra: A Covid-19 járvány hatásainak megítélése az 5–9. osztályos tanulók körében (Forrás: HBSC, 2022)



Azonban a tanulók harmada arról számolt be, hogy a Covid-19 járvány kedvezőtlen hatást gyakorolt az élete több területére is. A kitöltők nagyobb hányada számolt be az egyes területeken negatív hatásokról, mint pozitívokról. A legtöbben a kortárs kapcsolatok és a lelki egészség terén számoltak be kedvezőtlen hatásokról, míg a legkevesebb kedvezőtlen hatást a családi kapcsolatoknál tapasztalták meg. Pozitív hatásokról szintén a kortárs kapcsolatok terén érkezett a legtöbb említés, ugyanakkor a járvány egész életre gyakorolt hatását nagyon kevesen ítélték kedvezőnek. A negatív és pozitív hatások előfordulási aránya között a legnagyobb különbség az életre gyakorolt hatásnál mutatkozott meg.

A pszichológiai és társas jólét mutatók változása a Covid-19 járvány előtti és utáni adatfelvételek között

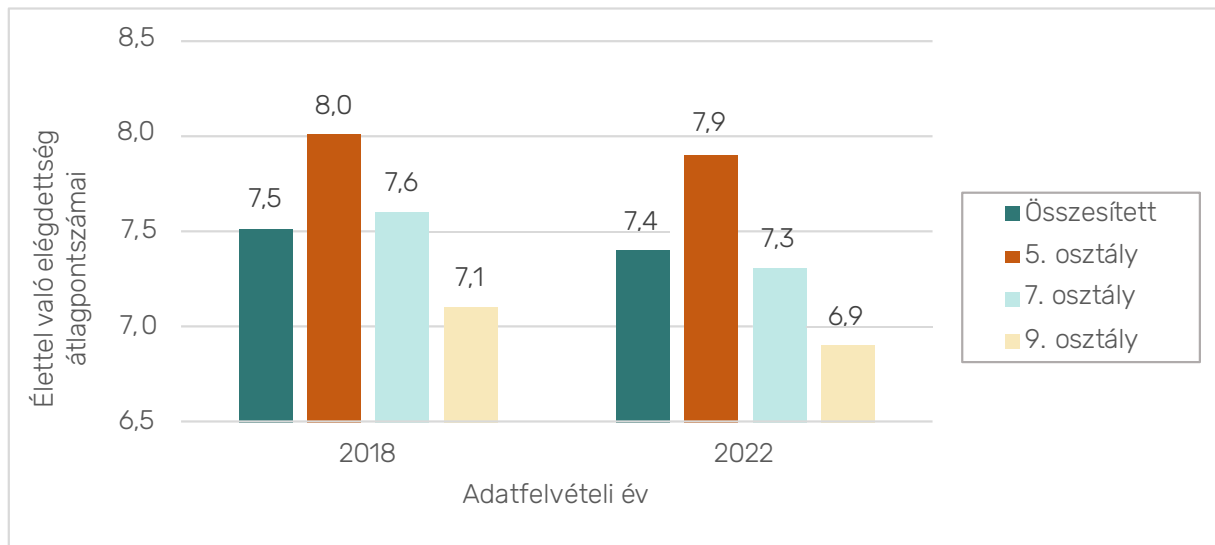
Az élettel való elégedettség

A 2018-as adatfelvétel alkalmával, az élettel való elégedettség átlagpontszáma (10 fokú skálán) 7,5 (SD = 1,9), míg 2022-ben ez az érték már csak 7,4 (SD = 2,1), ami statisztikailag jelentős különbség (alacsony hatásméret mellett, (Welch's $t = 4,5$, $df = 9016$, $p < 0,001$, Cohen's $d = 0,09$). (2. táblázat) A különbség kizárólag az 5. évfolyamosok esetében nem szignifikáns. (2. ábra)

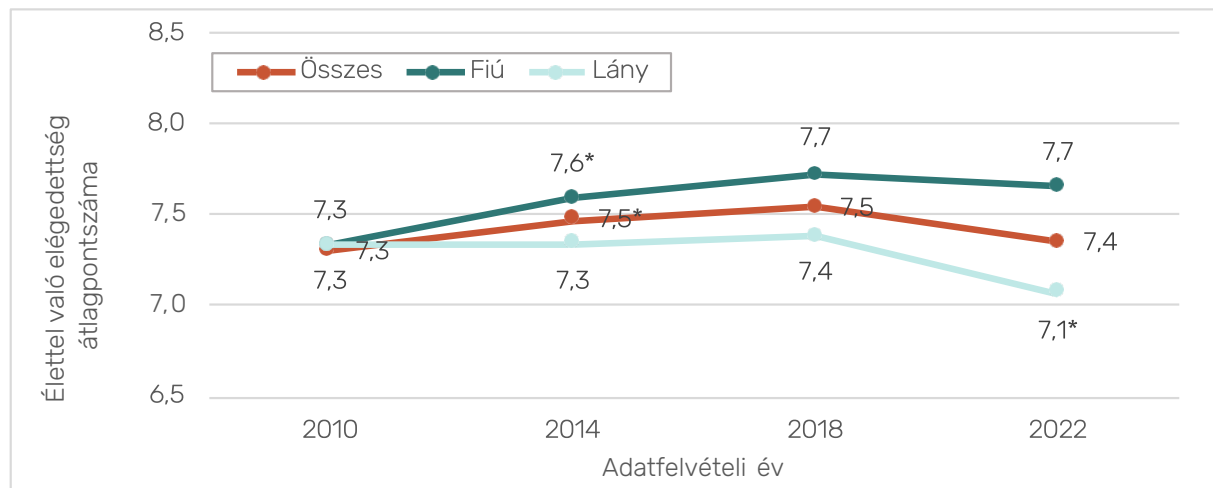
Amennyiben tágabb idői perspektívában szemléljük az étellel való elégedettség átlagpontszámának alakulását, azt láthatjuk, hogy 2010 után a fiúk értékei és a teljes minta átlagpontszámai növekedtek,

míg a lányoknál nem tapasztalunk eltérést, csak 2018 és 2022 között (3. táblázat), vagyis a csökkenés kifejezetten a Covid-19 járvány időszakára jellemző. (3. ábra)

2. ábra: A tanulók étellel való elégedettség átlagpontszámai évfolyam szerint – 2018–2022 (Forrás: HBSC, 2018, 2022)



3. ábra: Az étellel való elégedettség átlagpontszámai az 5–9. osztályos tanulók körében nem szerint – 2010–2022 (Forrás: HBSC, 2010, 2014, 2018, 2022)



Önminősített egészség

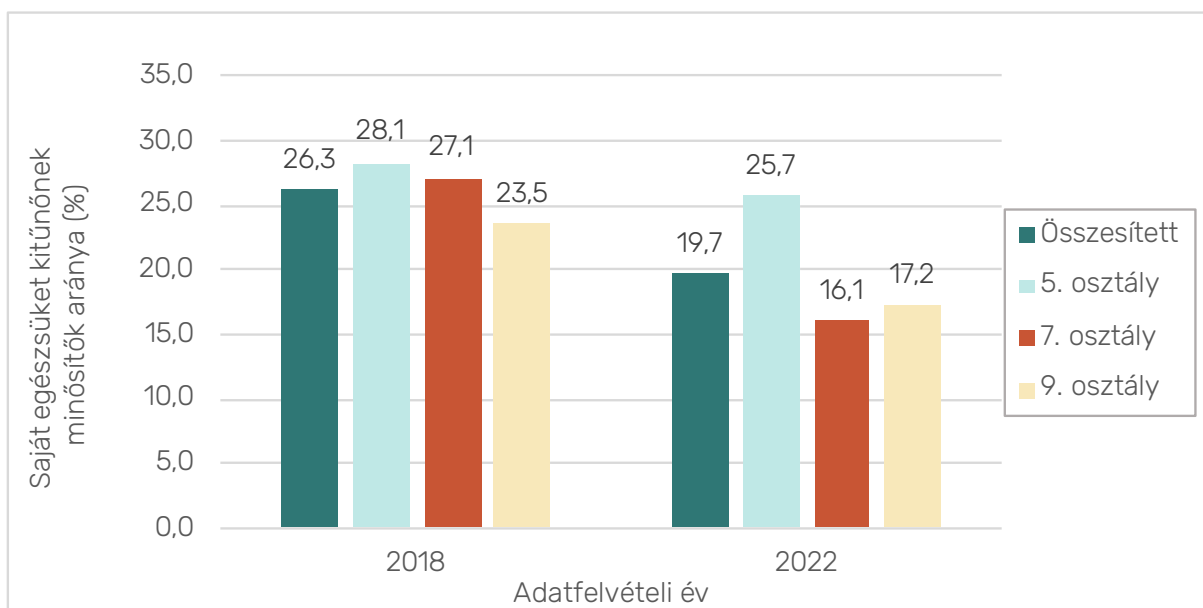
Míg 2018-ban a magyar fiatalok 26,3%-a ítélte egészségét kitűnőnek, 2022-ben ez már csak 19,7%-ukra volt igaz. A csökkenés statisztikailag szignifikáns (kivétel az 5.

évfolyam) (4. ábra) ($\chi^2 = 56,5$, $df = 1$; $p < 0,001$, Cramer-féle $V = 0,08$). (2. táblázat) Az évfolyam szerinti különbségek vonatkozásában érdemes megjegyezni, hogy 2022-ben az 5. évfolyamosok 25,7%-a nyilatkozott úgy, hogy az egészsége

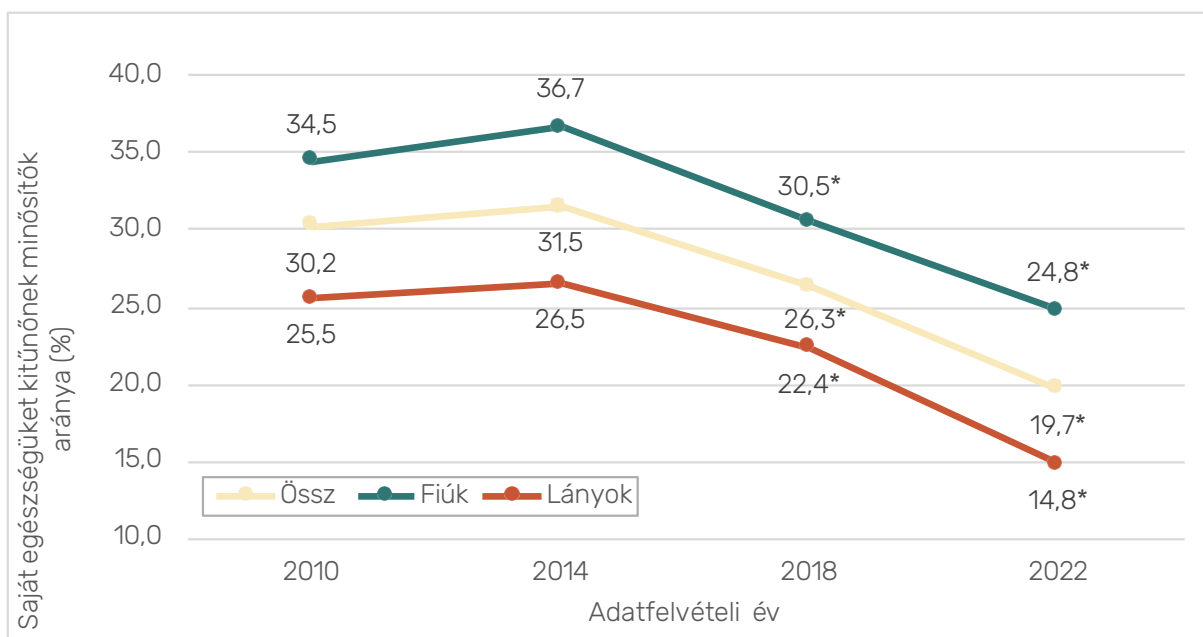
kitűnő, a 7. évfolyamosok körében ez az arány már csak 16,1%, 9.-ben pedig 17,5%. A korábbi évek adataival összevetve láthatjuk, hogy az 5–9. évfolyamosok körében kitűnő egészségről beszámolók aránya trendszerűen csökken. (3. táblázat)

Míg 2010 és 2014 között nem tapasztalható jelentős változás, addig 2014 és 2022 között 12%-kal csökken az egészséget kitűnőre értékelő fiatalok aránya. A nemi különbségek minden adatfelvétel esetében szignifikánsak. (5. ábra)

4. ábra: A saját egészségüket kitűnőnek minősítő tanulók aránya évfolyam szerint – 2018–2022 (Forrás: HBSC, 2018, 2022)



5. ábra: A saját egészségüket kitűnőnek minősítő 5–9. osztályos tanulók aránya nem szerint – 2010–2022 (Forrás: HBSC, 2010, 2014, 2018, 2022)

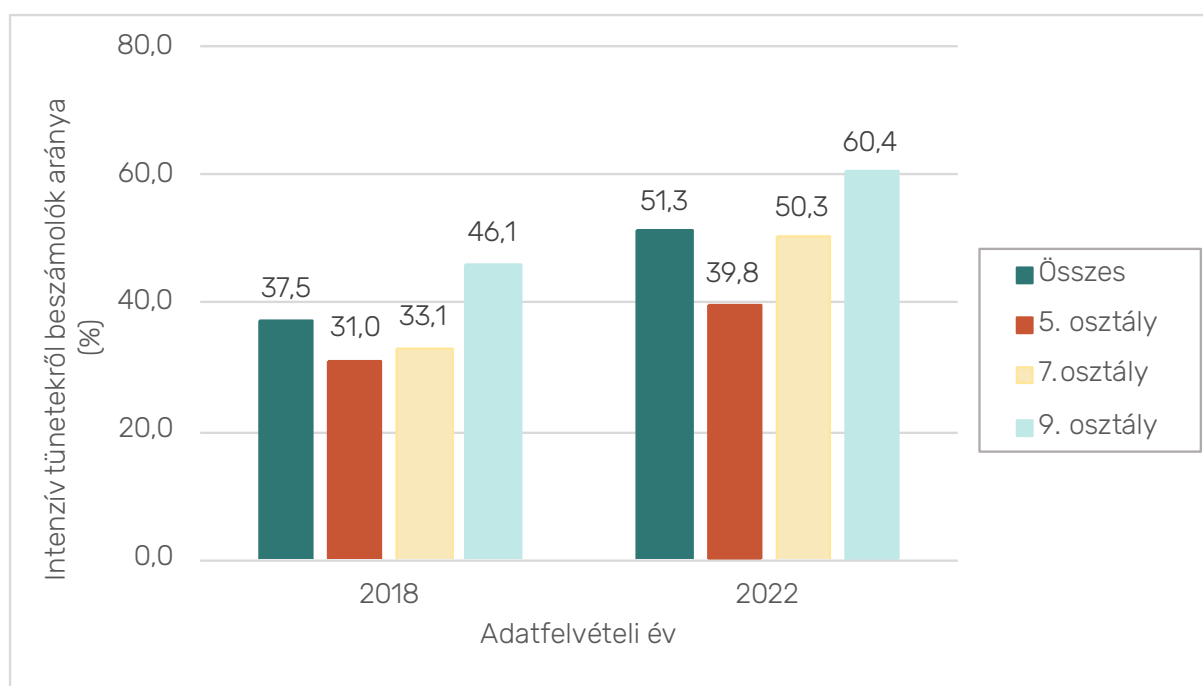


Pszichoszomatikus panaszok

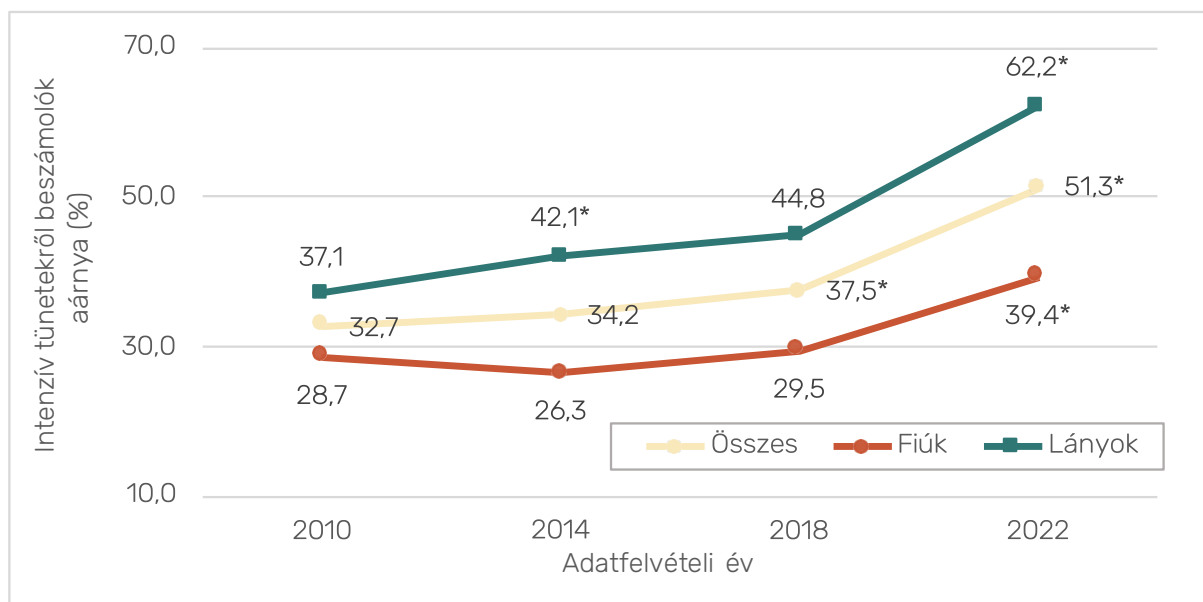
A legerőteljesebb változást az intenzív pszichoszomatikus tünetek esetében látjuk, ha összehasonlítjuk a Covid-19 járvány előtti és utáni adatfelvételt (összesített: $\chi^2 = 50,3$, $df = 1$; $p < 0,001$, Cramer-féle $V = 0,12$). (2. táblázat) Azon 5–9 évfolyamos tanulók aránya, akik intenzív tünetekről számolnak be, 13,8%-kal emelkedett a két adatfelvételi év között. A változás minden

korcsoportban szignifikáns. (6. ábra) Az intenzív pszichoszomatikus tünetekről beszámolók aránya lassú, emelkedő tendenciát mutat mindkét nem esetében (3. táblázat). Ugyanakkor, hasonlóan az önminősített egészség mutatóihoz, a változás 2018 és 2022 között válik statisztikailag jelentőssé és nagyon szembetűnővé. (7. ábra) A nemi különbségek minden adatfelvételnél szignifikánsak.

6. ábra: Az intenzív tünetekről beszámoló tanulók aránya évfolyam szerint – 2018–2022 (Forrás: HBSC, 2018, 2022)



7. ábra: Az intenzív tünetekről beszámoló 5–9. évfolyamos tanulók aránya nemi bontásban 2010–2022 (Forrás: HBSC, 2010, 2014, 2018, 2022)

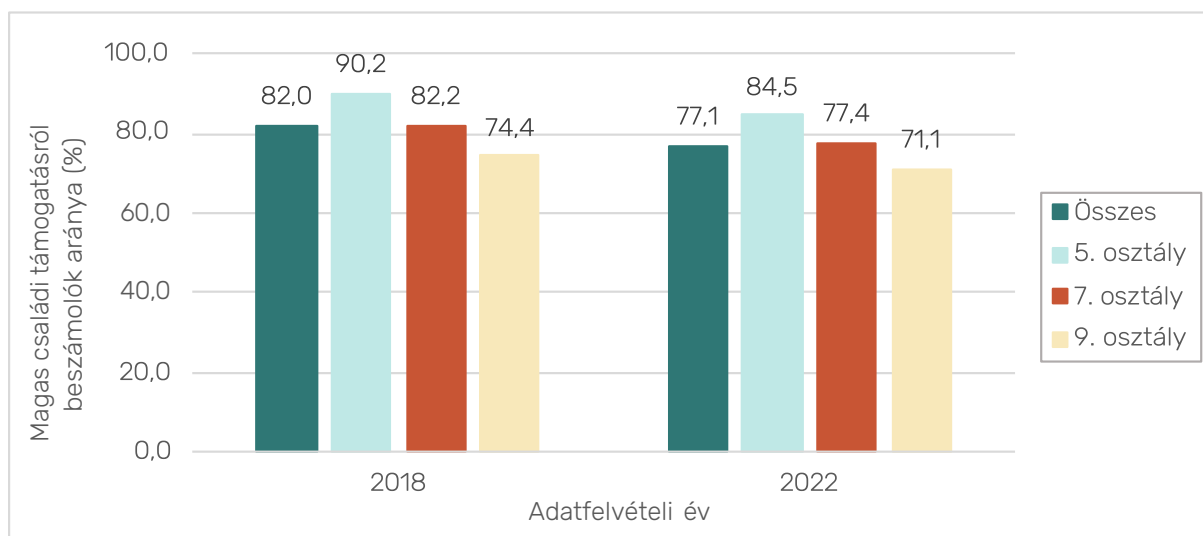


Családi támogatás

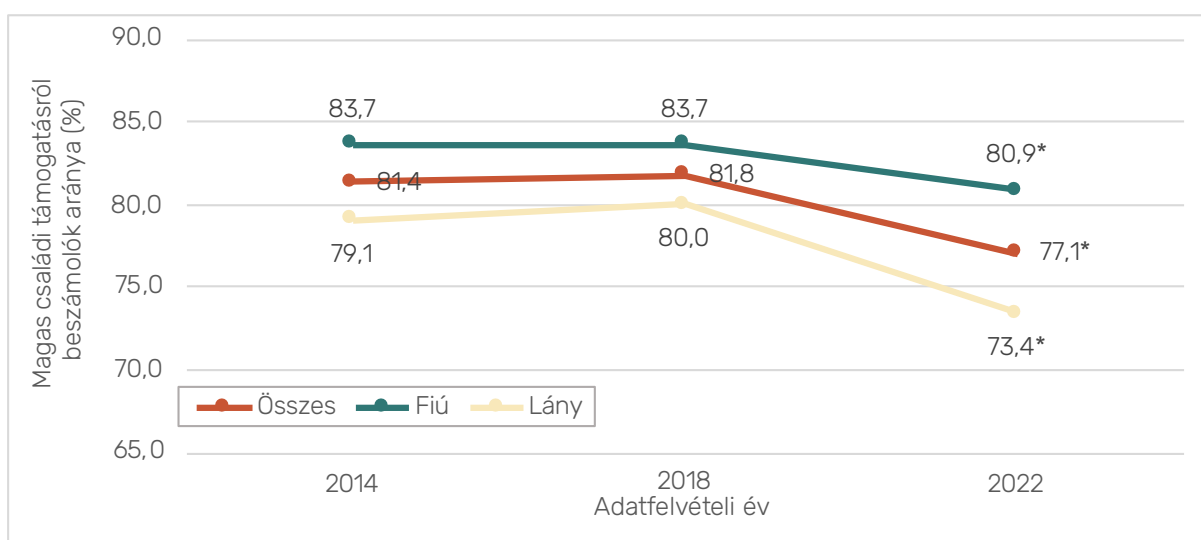
A magas családi támogatásról beszámoló tanulók aránya is csökkent valamelyest 2018 és 2022 között, összességében 4,9%-kal ($\chi^2 = 33,5$, $df=1$; $p<0,001$, Cramer-féle $V = 0,06$), a különbség minden korcsoport esetében szignifikáns. (2. táblázat) Az évfolyam szerinti különbségekről

elmondható, hogy a magasabb évfolyamokon kevesebben számolnak be magas családi támogatásról. (8. ábra) Összességében megállapítható, hogy 2018 és 2022 között mindkét nemnél korábban nem tapasztalt szignifikáns csökkenés mutatkozott. (9. ábra) (3. táblázat) Minden adatfelvétel során több fiú számolt be magas családi támogatásról, mint lány.

8. ábra: Magas családi támogatásról beszámoló tanulók aránya évfolyam szerint – 2018–2022 (Forrás: HBSC, 2018, 2022)



9. ábra: Magas családi támogatásról beszámoló 5–9. osztályos tanulók aránya nem szerint – 2014–2022 (Forrás: HBSC, 2014, 2018, 2022)

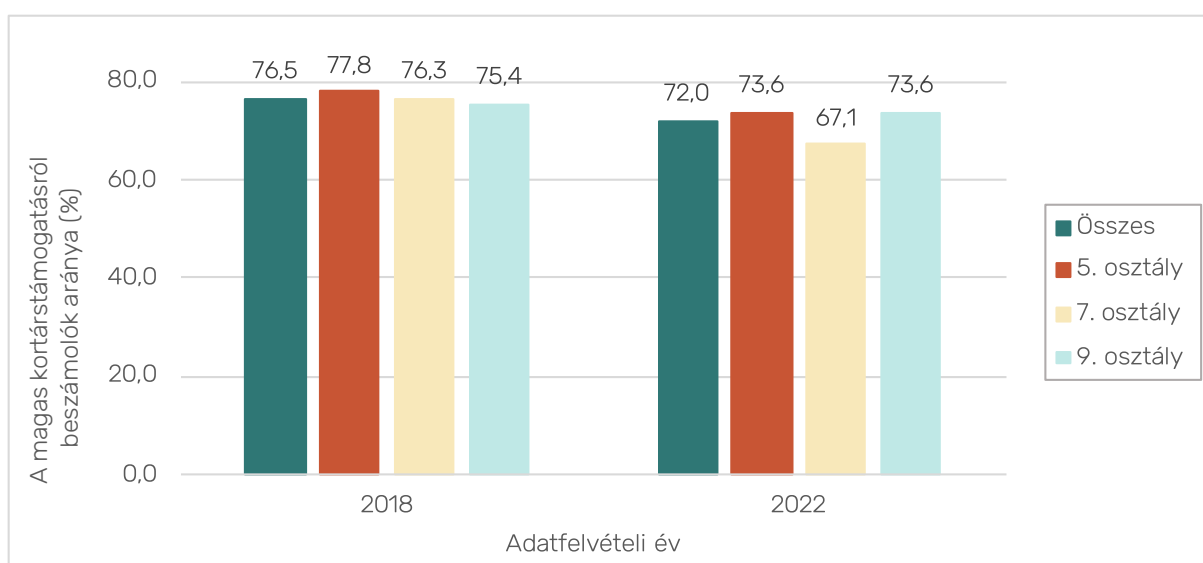


Kortárstámogatás

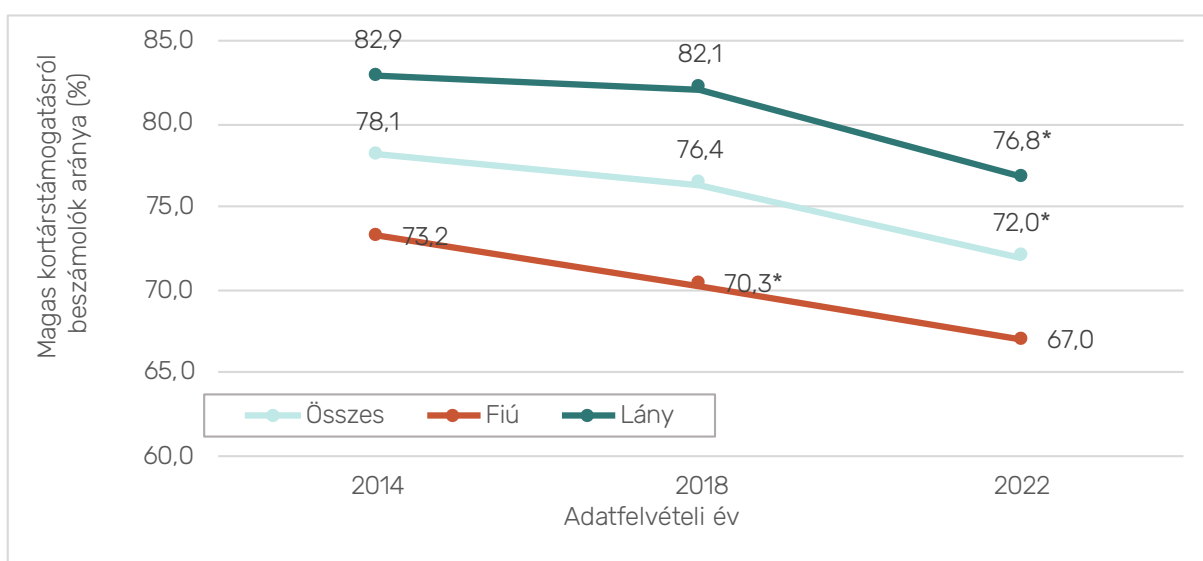
A családi támogatáshoz hasonlóan a magas kortárstámogatásról beszámolók aránya, ha kis mértékben is, de változott 2018 és 2022 között ($\chi^2 = 23,8$, $df=1$; $p<0,001$, Cramer-féle $V=0,05$). (2. táblázat) A 3,5%-os csökkenés statisztikailag jelentős (az 5. és 7. évfolyamon és összességében). (10. ábra)

A magas kortárstámogatásról beszámolók aránya szignifikánsan csökkent a pandémiás időszakban a teljes mintában és a lányok esetében. (3. táblázat) A nemi különbségek minden adatfelvétel esetén jelentősek: több lány számol be magas kortárstámogatásról, mint fiú. (11. ábra)

10. ábra: Magas kortárstámogatásról beszámoló tanulók aránya évfolyam szerint – 2018–2022 (Forrás: HBSC, 2018, 2022)



11. ábra: Magas kortárstámogatásról beszámoló 5–9. évfolyamos tanulók aránya nem szerint – 2014–2022 (Forrás: HBSC, 2014, 2018, 2022)



2. táblázat: A 2018 és 2022 közötti évfolyamonkénti összehasonításhoz tartozó statisztikai próbák bemutatása (Forrás: HBSC, 2018, 2022)

	2018	2022	Welch t/ χ^2	Sig (p)	Hatásméret
Élettel való elégedettség átlagpontszám					
Teljes minta	7,5 (N = 4465)	7,4 (N = 4570)	Welch's t = 4,5	<0,001	Cohen's d = 0.094
5. évfolyam	8,0 (N = 1399)	7,9 (N = 1493)	Welch's t = 1,5	0,133	Cohen's d = 0.055
7. évfolyam	7,6 (N = 1512)	7,3 (N = 1118)	Welch's t = 2,9	0,004	Cohen's d = 0,114
9. évfolyam	7,1 (N = 1554)	6,9 (N = 1959)	Welch's t = 2,4	0,017	Cohen's d = 0,081
Saját egészségüket kitűnőnek minősítők aránya (%)					
Teljes minta	26,3% (N = 4520)	19,7% (N = 4588)	$\chi^2 = 56,5$	<0,001	Cramer-féle V = 0,078
5. évfolyam	28,1% (N = 1425)	25,7% (N = 1499)	$\chi^2 = 2,3$	0,088	Cramer-féle V = 0,0316
7. évfolyam	27,0% (N = 1531)	16,1% (N = 1122)	$\chi^2 = 43,8$	<0,001	Cramer-féle V = 0,129
9. évfolyam	23,7% (N = 1564)	17,1% (N = 1967)	$\chi^2 = 23,2$	<0,001	Cramer-féle V = 0,081
Intenzív pszichoszomatikus tünetekről beszámolók aránya (%)					
Teljes minta	37,5% (N = 4337)	51,3% (N = 4488)	$\chi^2 = 50,3$	<0,001	Cramer-féle V = 0,121
5. évfolyam	31,0% (N = 1333)	39,8% (N = 1449)	$\chi^2 = 32,4$	<0,001	Cramer-féle V = 0,104
7. évfolyam	33,1% (N = 1477)	50,3% (N = 1099)	$\chi^2 = 53,8$	<0,001	Cramer-féle V = 0,131
9. évfolyam	46,1% (N = 1527)	60,4% (N = 1940)	$\chi^2 = 41,3$	<0,001	Cramer-féle V = 0,127
Magas családi támogatásról beszámolók aránya (%)					
Teljes minta	82,0% (N = 4488)	77,1,3% (N = 4674)	$\chi^2 = 33,5$	<0,001	Cramer-féle V = 0,0605
5. évfolyam	90,2% (N = 1421)	84,5% (N = 1544)	$\chi^2 = 22,0$	0,001	Cramer-féle V = 0,0862
7. évfolyam	82,2% (N = 1504)	77,4% (N = 1147)	$\chi^2 = 9,7$	0,002	Cramer-féle V = 0,0591
9. évfolyam	74,2% (N = 1563)	71,1% (N = 1982)	$\chi^2 = 4,3$	0,03	Cramer-féle V = 0,034
Magas kortárs támogatásról beszámolók aránya (%)					
Teljes minta	76,5% (N = 4508)	72,0% (N = 4702)	$\chi^2 = 23,8$	<0,001	Cramer-féle V = 0,05
5. évfolyam	77,8% (N = 1428)	73,6% (N = 1565)	$\chi^2 = 7,1$	0,008	Cramer-féle V = 0,0487
7. évfolyam	76,3% (N = 1508)	67,1% (N = 1147)	$\chi^2 = 27,5$	<0,001	Cramer-féle V = 0,102
9. évfolyam	75,4% (N = 1572)	73,6% (N = 1989)	$\chi^2 = 1,5$	0,215	Cramer-féle V = 0,02

3. táblázat: A 2010 (2014) – 2022 trendek bemutatásához kapcsolódó adatok és konfidenciaintervallumok nemeként és a teljes minta vonatkozásában (Forrás: HBSC, 2010, 2014, 2018, 2022)

	2010		2014		2018		2022	
	Átlag-pont-szám	95%-os konfidencia-intervallum	Átlag-pont-szám	95%-os konfidencia-intervallum	Átlag-pont-szám	95%-os konfidencia-intervallum	Átlag-pont-szám	95%-os konfidencia-intervallum
Élettel való elégedettség								
Teljes minta	7,3	7,3; 7,4	7,5*	7,4; 7,5	7,5	7,4; 7,6	7,3	7,3; 7,4
Fiúk	7,3	7,3; 7,4	7,6*	7,5; 7,7	7,7	7,6; 7,8	7,7	7,6; 7,7
Lányok	7,3	7,3; 7,4	7,3	7,3; 7,4	7,4	7,3; 7,5	7,0*	6,9; 7,1
	2010		2014		2018		2022	
	Prevalencia	95%-os konfidencia-intervallum	Prevalencia	95%-os konfidencia-intervallum	Prevalencia	95%-os konfidencia-intervallum	Prevalencia	95%-os konfidencia-intervallum
Saját egészségüket kitűnőnek minősítők aránya (%)								
Teljes minta	30,2	29,0; 31,3	31,5	30,1; 32,8	26,3*	25,2; 27,8	19,7*	18,8; 20,8
Fiúk	34,5	32,7; 36,2	36,2	34,2; 38,1	30,9*	28,9; 32,8	25,6*	23,7; 27,4
Lányok	25,5	23,8; 27,1	26,3	24,5; 28,0	22,2*	20,5; 23,8	14,9*	13,4; 16,3
Intenzív pszichoszomatikus tünetekről beszámolók aránya (%)								
Teljes minta	32,7	31,4; 33,9	34,2	32,8; 33,5	37,5*	36,0; 38,9	51,3*	49,8; 52,7
Fiúk	28,7	27,0; 30,3	26,3	24,4; 28,1	29,5	27,5; 31,4	39,4*	37,3; 41,4
Lányok	37,1	35,2; 38,9	42,1*	40,0; 44,1	44,8	42,7; 46,8	62,2*	60,2; 64,1
Magas családi támogatásról beszámolók aránya (%)								
Teljes minta			81,4	80,2; 85,1	81,8	80,8; 83,1	77,1*	75,8; 78,3
Fiúk			83,7	82,6; 84,7	83,7	82,5; 85,2	80,9*	79,2; 82,1
Lányok			79,1	77,9; 80,2	80,8	78,4; 81,5	73,3*	72,1; 74,6
Magas kortárstámogatásról beszámolók aránya (%)								
Teljes minta			78,1	76,9; 77,7	76,5	75,2; 77,7	72,0*	70,7; 73,2
Fiúk			73,2	71,9; 74,4	70,3*	68,9; 71,4	67,0	65,0; 68,9
Lányok			82,9	81,8; 83,9	82,1	81,0; 83,1	76,8*	75,1; 78,4

*statistikailag szignifikáns az előző adatfelvételhez képest (a konfidenciaintervallumok nem fednek át egymással)

MEGBESZÉLÉS

A bemutatott adatok alapján a 11–15 éves magyar iskolások életük különböző területein eltérően érzékelték a Covid-19 világjárvány és a kapcsolódó intézkedések hatásait. Mindamellett, hogy gyermekek közel fele semleges hatásokról számolt be, azok aránya, akik szerint a Covid-19 negatív hatással volt életükre, egészségükre, mentális egészségükre, kortárs és családi kapcsolataikra, nagyobb, mint azok aránya, akik pozitívnak ítélték meg a pandémia következményeit.

A HBSC kutatás keretében a járvány hatásairól további 22 országban is megkérdezték a serdülők reprezentatív mintáját (Inchley és mtsai, 2022). A jelen beszámolóban említett öt területen kívül felmérték a járvány hatásait a fizikai aktivitásra, a család anyagi helyzetére, a táplálkozásra, az iskolai teljesítményre és a tanuló jövőbeli terveire is. A legtöbb serdülő a járvány semleges vagy pozitív hatásairól számolt be, ugyanakkor bizonyos területek vonatkozásában a negatív tapasztalatok a dominánsak. Fontos tükre azonban a fent bemutatott eredményeknek, hogy a magyar serdülők adatai mind a tíz vizsgált területen inkább negatív tapasztalatokról adnak számot. Ezzel ellentétben nemzetközi szinten a pozitív hatások (minden területen) felülmúlták a negatív tapasztalatokat (Residori, Költő, Várnai & Nic Gabhainn, 2023). A nemzetközi elemzések alapján az iskolások a családi kapcsolatok, a fizikai aktivitás és a barátokkal való kapcsolatok területén jelezték legnagyobb arányban a kedvező hatásokat. A magyar iskolások 23%-a a fent említett területek közül legalább 6 esetben kedvezőtlen hatásokról írt (ennél csak egy országban – Kazahsztánban – nagyobb ez az arány). Nálunk az egyik legkisebb a pozitív hatásokról beszámoló diákok aránya. Hazánk adatai abban a tekintetben viszont igazodnak a nemzet-

közi trendekhez, hogy a negatív hatásokról nagyobb arányban számolnak be a lányok és a kevésbé jómódú családok fiataljai (az életkori hatások nem egyértelműek) (Residori, Költő, Várnai & Nic Gabhainn, 2023). A serdülők bizonytalanságát és a kedvezőtlen változásokat feltehetően a fiatalokra is ható (kedvezőtlen) halálozási, megbetegedési adatok, a járványt övező bizonytalanságok, hiedelmek, az intézkedések folyamatos megkérdőjelezése is befolyásolhatta, de ezzel kapcsolatban nincsenek adataink.

Nem csak a hatások észlelése tolódott negatív irányba: valóban kedvezőtlen fordulat következett be a járvány időszakában (2018 és 2022 között) általunk vizsgált néhány fontosabb mentális és társas jólét változó tekintetében. A fiatalok valamivel (de nem statisztikai mértékben) alacsonyabb élettél való elégedettségről számoltak be, ugyanakkor (statisztikai mértékben is) jelentősen kevesebben értékelték egészségüket kitűnőnek, családjuk és barátaik támogatását magasnak, többen tapasztaltak intenzívebb pszichoszomatikus tüneteket. A legnagyobb mértékű változás ez utóbbi terén történt. Mindemellett a kedvezőtlen változások egy része már korábban, a járványt megelőzően is tapasztalható volt. A saját egészségüket kitűnőnek minősítő diákok aránya már a 2014-es adatfelvétel óta csökkenést mutat és ez a HBSC kutatásban résztvevő 50 ország viszonylatában is érzékelhető tendencia. A csökkenés az életkorral és a lányok esetében kifejezettebb (Cosma és mtsai, 2023). Tekintettel arra, hogy adataink nem jeleztek jelentős emelkedést a krónikus betegséggel élő fiatalok arányában, az okok között – a Covid hatásai mellett – feltehető a pszichoszomatikus tünetek, egyéb (elsősorban internalizáló) mentális panaszok, a túlsúlyosság gyakoribb előfordulása; a céltalan, túlzott online tartalomfogyasztás (ún. doomscrolling); a

közösségi média által is közvetített vitatható online egészségműveltség és a felnagyított sérülékenység-érzés, továbbá az iskolai prevenciós programok elégtelen mennyisége, minősége (Satici és mtsai, 2023; Chang, 2011; Paksi, 2019). A pszichoszomatikus tünetek gyakoribbá, intenzívebbé válása szintén nem csak hazai jelenség. Nemzetközi szinten a fiatalok 17%-a panaszkodott intenzív pszichológiai tünetekről (Cosma és mtsai, 2023). Ez az arány az életkorral jelentősen növekedett, különösen lányoknál és kicsit nagyobb volt a magasabb jövedelmű családok esetében (Cosma és mtsai, 2023). Mivel e mutató tekintetében a 2018 és 2022 közötti ugrás a legszembetűnőbb, elsősorban a járvány közvetett és közvetlen hatásaira gondolhatunk. A fizikai tünetek gyakoriak a fertőzésen átesett fiataloknál (Tarantino és mtsai, 2022). A lezárásokkal kapcsolatos elhúzódozó stressz, a családtagok egészségi állapotával kapcsolatos szorongás, a napi rutin felborulása, a társas izoláció a hangulaton kívül hatott az alvásmintázatra, a fizikai aktivitásra, a szabadban vagy a képernyő előtt töltött időre és ezek együttesen hozzájárulhattak a fizikai tünetek formájában is jelentkező mentális egészségproblémákhoz (Ng és mtsai, 2021; Kauhanen és mtsai, 2023). A családi és kortárstámogatás-mutatók esetében nem tudunk hosszabb idejű trendet felvázolni, de a csökkenést ebben az esetben is inkább a járványnak, mint általános tendenciának véljük. A kortársakkal való találkozás lehetőségeit jelentősen korlátozta a járvány, ugyanakkor az otthon töltött idő és az összezártág felszínre hozta a családi konfliktusokat. A szülők átmenetileg jobban bevonódtak az iskolai feladatok teljesítésébe, ami a serdülők számára közel sem volt ideális (Ravens-Sieberer és mtsai, 2021). Egyes tanulmányok összefüggést találtak a korlátozó intézkedések szigorúsága és a mentális egészség között (a járvány első 15 hónapjában szigorúbb Covid-19-

politikák a gyengébb mentális egészséghez kapcsolódnak (Aknin és mtsai, 2022)). A Covid-19 járvány ideje alatt bekövetkező kedvezőtlen tendenciákkal kapcsolatban megjegyezzük, hogy számos erőfeszítés történt ezek enyhítésére a családok, közösségek, a társadalom egésze részéről.

Mindemellett előfordulhat – és ez különösen az egészségi állapot szubjektív megítélésre igaz –, hogy a bemutatott változásokat nem a Covid-19 járvány okozta. Számos más tanulmány alátámasztja, hogy a mostani fiatalokra kedvezőtlenebb mentális egészség jellemző, mint a korábbi generációk esetében (főleg lányoknál és idősebb serdülőknél) (Cosma és mtsai, 2023). Egyéni szinten az iskolai nyomás, a testkép, a problémás közösségi média-használat vagy a kortársbántalmazásban való érintettség a leggyakoribb kockázati tényezők (Cosma és mtsai, 2020; Whitehead és mtsai, 2018; Boer és mtsai, 2020; Li és mtsai, 2022). Az olyan társadalmi tényezők, mint a klímaváltozás, a migráció, a jelenkori fegyveres konfliktusok, a politikai instabilitás tovább befolyásolják a fiatalok mentális egészségét (Martin, Reilly, Everitt & Gilliland, 2020; Richardson, Otchere & Musatti, 2022).

KÖVETKEZTETÉSEK

A fent bemutatott eredményeink szerint a fiatalok (semleges vagy negatív) észleletei a járvány hatásairól tehát összecsengenek a jólét változók kedvezőtlen irányú változásaival. Ezen túl megállapíthatjuk, hogy a lányok mentális egészsége intenzívebb változást mutatott a járvány időszaka alatt. Az adatok azt sugallják, hogy annak ellenére, hogy a pandémiás válság önmagában lehetőséget nyújtott a személyes növekedés és a családi összetartás lehetőségeinek átélésére, a hazai fiatalok esetében az észlelt

hátrányok meghaladták ezeket a potenciális előnyöket. Ugyanakkor nincs arra egyértelmű bizonyítékunk, hogy a változásokat a járvány és a kapcsolódó intézkedések okozták, illetve a kedvezőtlen tendenciák egy része valójában már a pandémia előtt is tapasztalható volt. Az eredmények mindenképpen arra utalnak, hogy szükséges a hazai gyermek és

serdülő mentális egészségügyi szolgáltatások erősítés (pl. távpszichiátria a telemedicina eszközeivel), rendszeres adatgyűjtések végzése, átfogó egészségfejlesztési programok fejlesztése és bevezetése, valamint mindennek keretét adó széleskörű, korosztályos (mentális) egészségstratégia kidolgozása.

HIVATKOZÁSOK

- Aknin, L. B., Andretti, B., Goldszmidt, R., Helliwell, J. F., Petherick, A., De Neve J-E., Dunn, E. W., Fancourt, D., Goldberg, E., Jones, S. P., Karadag, O., Karam, E., Layard, R., Saxena, S., Thornton, E., Whillans, A., & Zaki, J. (2022). Policy stringency and mental health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal analysis of data from 15 countries. *Lancet Public Health*, 7:e417–e426.
- Babusa, B., Túry, F., & Pászthy, B. (2022) Az anorexia nervosa gyakoriságának növekedése a COVID-19 pandémia idején – A családi háttér lehetséges szerepe, *Orvostudományok*, 97,2: 372–377.
- Bhatia, A., Fabbri, C., Cerna-Turoff, I., Turner, E., Lokot, M. et al. (2021). Violence against children during the COVID-19 pandemic. *Bulletin of the World Health Organization*, 99 (10), 730–738. World Health Organization. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.283051>
- Boer, M., Van Den Eijnden, R. J., Boniel-Nissim, M., Wong, S. L., Inchley, J. C., Badura, P. et al. (2020). Adolescents' intense and problematic social media use and their well-being in 29 countries. *Journal of Adolescent Health*. 66(6):S89–99. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.02.014.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Chang, L. C. (2011), Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 190–196. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03181.x>
- Clemente-Suárez, V. J., Navarro-Jiménez, E., Moreno-Luna, L., Saavedra-Serrano, M. C., Jiménez, M., Simón, J.A., & Tornero-Aguilera, J.F. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Social, Health, and Economy. *Sustainability*, 13, 6314. <https://doi.org/10.3390/su13116314>
- Coker, T. R., Cheng, T. L., & Ybarra, M. (2023). Addressing the Long-term Effects of the COVID-19 Pandemic on Children and Families: A Report From the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *JAMA*. 329(13):1055–1056. doi: 10.1001/jama.2023.4371
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023a). A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Cosma, A., Stevens, G., Martin, G., Duinhof, E. L., Walsh, S. D., Garcia-Moya, I. et al. (2020) Cross-national time trends in adolescent mental well-being from 2002 to 2018 and the explanatory role of schoolwork pressure. *Journal of Adolescence Health*, 66(6): S50–8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.02.010
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312):1700–1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. & Wild, F. (eds.) (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey*. St Andrews: CAHRU. <http://www.hbsc.org>
- Daly, M., Sutin, A. R., & Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *Journal of Affective Disorders*, 278:131–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.065>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. & Clemes, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14:1–11. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Di Gennaro, F., Belati, A., Tulone, O., Diella, L., Fiore Bavaro, D., Bonica, R., Genna, V., Smith, L., Trott, M., Bruyere, O., Mirarchi, L., Cusumano, C., Dominguez, L. J., Saracino, A., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2023). Incidence of long COVID-19 in people with previous SARS-Cov2 infection: a systematic review and meta-analysis of 120,970 patients. *Internal and Emergency Medicine*, 18(5):1573–1581. doi: 10.1007/s11739-022-03164-w.
- Goldmann, E. & Galea, S. (2014) Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, 35:169–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>

- Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M., & Daniels, J. (2021). Practitioner review: Health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(2), 129–143. doi: 10.1017/S1352465820000636
- Hoffman, J. A. & Miller, E. A. (2020). Addressing the Consequences of School Closure Due to COVID-19 on Children's Physical and Mental Well-Being. *World Medical & Health Policy*, 12: 300–310. <https://doi.org/10.1002/wmh3.365>
- Inchley, J., Currie, D., Piper, A., Jåstad, A., Cosma, A., Nic Gabhainn, S. & Samdal, O. (Eds.) (2022) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology, mandatory questions and optional packages for the 2021/22 survey. MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, The University of Glasgow.
- Inchley, J., Currie, D., Cosma, A. & Samdal, O. (Eds.). (2018) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey. St Andrews: CAHRU.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W., Lempinen, L. et al. (2023). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 995–1013. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Lannert, J. & Varga, J. (2022): Public Education. In: Mátyás, L. (ed.): Emerging European economies after the pandemic. Struck in the middle income trap?, 465–514. Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1: 141–169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Li, C., Wang, P., Martin-Moratinos, M., Bella-Fernández, M., & Blasco-Fontecilla, H. (2022). Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *European Child Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-022-02128-x
- Martin, G., Reilly, K., Everitt, H. & Gilliland, J.A. (2022). Review: The impact of climate change awareness on children's mental well-being and negative emotions – a scoping review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27: 59–72. <https://doi.org/10.1111/camh.12525>
- Ng, K., Cosma, A., Svacina, K., Boniel-Nissim, M., & Badura, P. (2021). Czech adolescents' remote school and health experiences during the spring 2020 COVID-19 lockdown. *Preventive Medicine Reports*, 1;22:101386. doi: 10.1016/j.pmedr.2021.101386
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22):8479, doi: 10.3390/ijerph17228479.
- Németh Á. (2007). Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest
- Németh Á., & Költő A. (2011). Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Németh Á., & Költő A. (2016). Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- Németh Á., & Várnai D. (2019). Kamaszélelmód Magyarországon, L'Harmattan, Budapest.
- Paksi, B. (2019). Magyarországi tendenciák az iskolai prevenció területén, *Edukáció*, 28 (3), 441–458.
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M.Z. & Jámbori, Sz. (2017) A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18 (3). 230–262.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2023). Cyberbullying among 22meri 22merican youth before and during the COVID-19 Pandemic. *Journal of School Health*, 93: 82–87. doi: [10.1111/josh.13249](https://doi.org/10.1111/josh.13249)
- Pentaris, P. (Ed). (2021). *Death, Grief and Loss in the Context of COVID-19*. Routledge, New York.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 31:879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Residori, C., Költő, A., Várnai, D. E. & Nic Gabhainn, S. (2023). Age, gender and class: how the COVID-19 pandemic affected school-aged children in the WHO European Region: impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/369715>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Richardson, D., Otchere, F., & Musatti A. (2022). The impact of the war in Ukraine and subsequent economic downturn on child poverty in eastern Europe and central Asia. Florence: UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. <https://www.unicef-irc.org/publications/1663-the-impact-of-the-war-in-ukraine-and-subsequent-economic-downturn-on-child-poverty-in-eastern-europe-and-central-asia.html>
- Rogers, S. L., & Cruickshank, T. (2021). Change in mental health, physical health, and social relationships during highly restrictive lockdown in the COVID-19 pandemic: evidence from Australia. *PeerJ*, 22; 9:e11767. doi: 10.7717/peerj.11767.
- Satici, S. A., Gocet Tekin, E., Deniz, M. E., & Satici, B. (2023). Doomscrolling Scale: its Association with Personality Traits, Psychological Distress, Social Media Use, and Wellbeing. *Applied Research in Quality of Life*, 18(2):833–847. doi: 10.1007/s11482-022-10110-7.
- Skogen, J. C., Hjetland, G. J., Bøe, T., Hella, R. T., & Knudsen, A. K. (2021). Through the Looking Glass of Social Media. Focus on Self-Presentation and Association with Mental Health and Quality of Life. A Cross-Sectional Survey-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 23;18(6):3319. doi: 10.3390/ijerph18063319.
- Szentivanyi, D., Horváth, L. O., Buist, K., Farkas, B., Dallos, G., Garas, P., Győri, D., J. & Balazs, J. (2022). Coronavirus Pandemic – #STAYHOME: How Are You Holding Up? Questions And Tips For 11–18 Year Olds To Make It Better, *European Psychiatry*, 307.
- Tarantino, S., Graziano, S., Carducci, C., Giampaolo, R., & Grimaldi Capitello, T. (2022). Cognitive difficulties, psychological symptoms, and long lasting somatic complaints in adolescents with previous SARS-CoV-2 infection: a telehealth cross-sectional pilot study. *Brain Sciences*, 12(8):969. doi: 10.3390/brainsci12080969
- UNICEF Magyarország (2021). Kutatási eredmény: a magyar szülők fele szerint romlott a gyerekek mentális egészsége a járvány alatt. <https://unicef.hu/igy-segitunk/hireink/kutatasi-eredmeny-a-magyar-szulok-fele-szerint-romlott-a-gyerekek-mentalis-egeszsege-a-jarvany-alatt>
- Whitehead, R. D., Cosma, A., Cecil, J., Currie, C., Currie, D., Neville F et al. (2022). Trends in the perceived body size of adolescent males and females in Scotland, 1990–2014: changing associations with mental well-being. *International Journal of Public Health*, 63(1):69–80. doi: 10.1007/s00038-017-0997-y.6
- Wong, B. H., Cross, S., Zavaleta-Ramírez, P., Bauda, I., Hoffman, P., Ibeziako, P., Nussbaum, L., Berger, G. E., et al. (2023). Self-Harm in Children and Adolescents Who Presented at Emergency Units During the COVID-19 Pandemic: An International Retrospective Cohort Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 62(9):998–1009. doi: 10.1016/j.jaac.2022.11.016.
- World Health Organization (WHO) (2020): The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva, World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>
- World Health Organization (WHO) (2023a). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
- World Health Organization (WHO) (2023b). Coronavirus Dashboard. <https://covid19.who.int/region/euro/country/hu>
- YoungMinds (2021). Covid impact on young people with mental health needs. <https://www.youngminds.org.uk/about-us/reports-and-impact/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/>
- Yue, Y., Li, L., Liu, R., Zhang, Y., Zhang, S., Sang, H., Tang, M., Zou, T., Shah, S.M., Shen, X., Chen, J., Wu, A., Jiang, W., & Yuan, Y. (2023). The dynamic changes of psychosomatic symptoms in three waves of COVID-19 outbreak and fatigue caused by enduring pandemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 15;331:17–24. doi: 10.1016/j.jad.2023.03.032.

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 SZERZŐKRŐL

Várnai Dóra Eszter
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet,
Budapest
varnai.dora.eszter@gmail.com

Sebestyén Edit
Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest
sebestyen.edit@ppk.elte.hu

Horváth Zsolt
Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest
horvath.zsolt@ppk.elte.hu

Kocsis Noémi
Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest
kocsis.noncsi99@gmail.com

Mészner Zsófia Klára
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest
zmeszner@gmail.com

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 10. 05.
Elfogadva: 2024. 03. 25.
Megjelentetve: 2024. 06. 12.

Copyright © 2024 Várnai Dóra Eszter, Sebestyén Edit, Horváth Zsolt, Kocsis Noémi, Mészner Zsófia Klára, Németh Ágnes. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

VIZSGÁLATOK

Kvantitatív vizsgálat egészségügyi szakemberek bevonásával az autista személyek egészségügyi ellátásának jellemzőiről

Quantitative research involving health care professionals to investigate health care for individuals with autism

Szerző: [Trixler Bettina](#), [Pusztafalvi Henriette](#)

Doi: [10.58701/mej.11358](https://doi.org/10.58701/mej.11358)

Kulcsszavak: autizmus spektrum zavar; egészségügyi dolgozók; egészségügyi ellátás; kompetencia
Keywords: autism spectrum disorder; healthcare worker; healthcare; competence

Absztrakt

BEVEZETÉS: Az autizmus spektrum zavarokban érintett személyek egészségügyi ellátásának folyamata számos akadályba ütközhet a tüneti jellegzetességek miatt. A nemzetközi szakirodalom az egészségügyi dolgozók hiányzó ismereteiről számol be az állapotjellemzőket illetően.

MÓDSZER: Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunkat online, célirányos mintavétellel végeztük el 2020. szeptember és 2021. február között (N=100). Saját szerkesztésű kérdőívet használtunk. A vizsgálat célja volt feltárni az egészségügyi szakemberek autizmussal kapcsolatos ismereteit és az ellátás specifikus mintázatait. Leíró statisztikai elemzést, χ^2 próbát, Fisher tesztet, Pearson-féle korrelációt, lineáris regressziót és ANOVA-t alkalmaztunk. Az eredményeket $p < 0,05$ szinten tekintettük szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK: A kutatásban 100 válaszadó adatait értékeltük. Az egészségügyi dolgozók több mint fele legalább jó eredményt ért el az autizmussal kapcsolatos ismeretekben. Kompetenciaszintjük átlaga közepes volt (3,87/7). A segítő környezet valamely elemét 95,5%-ban alkalmazták. A 15-29 év munkatapasztalattal rendelkezők szignifikánsan nagyobb arányban teljesítettek legalább jó tudásszinten ($p < 0,001$). Az aktív fekvőbeteg ellátás jelentős többletidőt igényelt ($p = 0,004$). A fizikális vizsgálat ($r = 0,628$) és a noninvazív beavatkozás ($r = 0,651$) nehézségének mértéke határozta meg a legnagyobb százalékban a többletnehézség mértékét ($p < 0,001$). Az érintettek ellátásához elengedhetetlen információk ismeretével rendelkező szakemberek (76,2%) szignifikánsan ($p = 0,014$) nagyobb arányban jelezték, hogy az autista személyek ellátása jelentős többletidőt igényelt.

KÖVETKEZTETÉS: Bár a jelen vizsgálat szignifikáns eredményei az általánosításra nem alkalmasak az alacsony elemszám és a mintavételi jellegzetességek miatt, az autisták egészségügyi ellátásának további vizsgálata elengedhetetlen a hatékony beavatkozások megalapozásához, megvalósításához. Az evidencia alapú, autizmus-specifikus módszertanok egészségügyi ellátásba történő integrálása elengedhetetlen a hatékony beavatkozás érdekében a nemzetközi eredmények alapján.

Abstract

INTRODUCTION: Healthcare for people with autism spectrum disorders can face many barriers due to their symptoms. International literature suggests that healthcare professionals have a lack of knowledge about the characteristics of the condition.

METHODS: Quantitative, online cross-sectional survey was conducted using targeted sampling between September 2020 and February 2021 (N=100). A self-designed questionnaire was used in the research. The study aimed to explore health professionals' knowledge and specific patterns of care. Descriptive statistical analysis, χ^2 test, Fisher test, Pearson correlation, linear regression and ANOVA were used. Results were considered significant at the $p<0.05$ level.

RESULTS: The survey assessed data from 100 respondents. More than half of the health workers scored at least good on knowledge about autism. The average of their competence level was medium (3.87/7). 95.5% of the respondents had used some element of a supportive environment. A significantly higher proportion of those with 15-29 years of work experience scored at least proficient ($p<0.001$). Active inpatient care required significant additional time ($p=0.004$). The degree of difficulty of the physical examination ($r=0.628$) and noninvasive intervention ($r=0.651$) determined the greatest percentage of additional difficulty ($p<0.001$). A significantly higher proportion ($p=0.014$) of professionals (76.2%) with knowledge of information essential for the care of autistic people reported that the care of individuals with autism required significant additional time.

CONCLUSION: Although the significant results of the present study are not suitable for generalisation due to the low number of elements and sampling characteristics. Further studies are essential to establish the adapted interventions. The integration of evidence-based, autism-specific methodologies into health care is essential for effective interventions, also based on international findings.

BEVEZETÉS

Autizmus spektrum zavarok

Az autizmus spektrum zavar az idegrendszert fejlődésének az egész személyiségre kiterjedő zavara (McPartland és Volkmar, 2012, APA, 2022). A prevalencia adatok megközelítőleg 1%-os előfordulási gyakoriságot mutatnak, azonban magasabb arányra is hoz példát a szakirodalom (Zablotsky, Black, Meanner, Schieve és Blumberg, 2015; Lyall, Croen és Daniels, 2017, Lord és munkatársai, 2020). A tünetek a társas-kommunikáció területén tapasztalhatók, illetve a társas interakciókban is jelentkeznek atipikus viselkedésszerű megnyilvánulások, mindemellett az érdeklődés, az aktivitás és a viselkedés szűk körű, sztereotip, repetitív jellemzőiben manifesztálódnak a deficitiek (APA, 2022). Az állapot viselkedésszerű mintázata rendkívül változatos módokon nyilvánulhat meg az életkortól, súlyosságtól és az értelmi képességektől függően. Azonban a spektrum zavar heterogenitásához a személyiség, a beszédprodukció és beszédértés szintje, valamint a társuló betegségek/zavarok és a környezeti hatások komponensei is hozzájárulhatnak (Stefanik és Prekop, 2015; Martinez-Murcia és kollégái, 2016). Az autizmus egzakt biológiai oki háttere markerek segítségével jelenleg még nem meghatározható, genetikai érintettség azonban feltételezhető (Fein, 2011). Biológiai terápia az állapot befolyásolására jelenleg még nem áll rendelkezésre (Bölte, 2014), ugyanakkor a tüneti jellegzetességek menedzselésére az érintett személy fejlődése érdekében egyénre szabott, autizmus-specifikus evidencia-alapú beavatkozások rendelkezésre állnak (NICE, 2021). Az autizmus egyébként önálló fogyatékosági kategóriaként legkésőbb elismert állapot (Bognár, Bíró és Marossy-Dévai, 2009), a témához kapcsolódó első egészségügyi szakmai irányelv is mindössze 15 évvel ezelőtt

jelent meg hazánkban (Egészségügyi Minisztérium, 2008).

Az egészségügyi ellátás és állapotjellemzők

Az autizmus spektrum zavarokban való súlyos érintettség szignifikánsan magasabb arányban eredményez kielégítetlen egészségügyi szükségleteket társbetegségek fennállása esetén Menezes és munkatársai (2021) szerint, ugyanakkor az orvosi kiadások nagyságában is tetten érhető az eltérés (Li és kollégái, 2019). Ezzel egyetemben az átlagéletkor is jelentősen alacsonyabb lehet markáns érintettség fennállása esetén a tipikus fejlődésmentet mutató populációhoz képest (Lusky, 2022), valamint kedvezőtlenebb értéket eredményeztek az életminőségre vonatkozó vizsgálatok mutatószámai is (Vasilopoulou és Nisbet, 2016). Mason és munkatársai (2022) kutatásában a szakemberek 72%-a szerint autizmus esetén az egészségi állapot rendszeres ellenőrzése elengedhetetlen lenne a súlyosabb egészségügyi problémák megelőzése érdekében. A magasabb életkorú autista személyek egészségügyi igényeiről viszonylag kevés az ismeret, ám a fizikai és mentális egészségügyi problémák megjelenése gyakoribbnak tűnik (Hand, Angell, Harris és Carpenter, 2019).

Egészségügyi szakemberek ismeretei

Az egészségügyi dolgozók elégtelen autizmus ismereteire számos szakirodalom rámutat (Austriaco, Aban, Willig és Kong, 2019). Corsano, Cinotti és Guidotti (2019) olasz kutatásában az ápolók az ellátás nehézségeiről tanúskodtak. Imran és munkatársai (2011) Lahor városában végzett felmérései szerint a szakemberek hiányos ismeretekkel rendelkeznek az állapotot illetően. Unigwe és kollégái (2017) az Egyesült Királyságban végzett kutatásuk nyomán a háziorvosok 40%-a soha nem kapott hivatalos képzést a témát

illetően, önhatékonyságuk alacsony-közepes mértékű volt (4,8/10). A magasabb pontszámok szignifikánsan összefüggtek autizmus-képzéseken való magasabb részvételi számmal ($p=0,002$) és a nagyobb személyes tapasztalattal ($p<0,001$). Sampson és Sandra (2018) ghánai tanulmánya alapján a gyermek és felnőtt pszichiátriai osztályokon dolgozó tapasztalt nővérek szignifikánsan jobban ismerték az állapot jellemzőit ($p=0,01$). Al-Farsi és munkatársainak (2017) vizsgálatai nyomán körvonalazódott, hogy az egészségügyi dolgozók többsége negatív véleményt fogalmazott meg az autista személyek együttműködésével és megnyilvánulásaival kapcsolatban. Több év ellátási tapasztalat ugyanakkor magasabb tudásszintet eredményezett az állapotot illetően (Corsano és kollégái, 2019).

CÉLKITŰZÉSEK

A vizsgálat célja volt feltárni az alapellátásban, a járó- és fekvőbeteg ellátásban, valamint a további egészségügyi ellátási formákban dolgozó egészségügyi személyzet autizmusról való tudásának, az ellátásra vonatkozó sajátos mintázatainak jellemzőit. Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy az egészségügyi szakemberek többsége rendelkezik-e alapvető ismeretekkel az autizmus spektrum zavarokat illetően, továbbá, hogy milyen mértékben érzik magukat kompetensnek az autista személyek ellátásában. A kutatás további célja volt az ellátás során alkalmazott autizmus-specifikus módszerek feltárása, különös tekintettel a kommunikáció adaptálására, a vizualizációra, a letisztult környezet kialakítására, a szabályok felállítására, illetve az idő előrejelzésére fókuszálva. A kutatási célok között szerepelt még az egészségügyi dolgozók információforrásainak, és az ellátás során detektált kihívást jelentő viselkedések menedzselésének feltérképezése is.

MÓDSZERTAN

Vizsgálatban résztvevő személyek

A kutatás a felvételt megelőző 1 évben tapasztalt, az autista személy által igénybe vett egészségügyi ellátás jellemzőire vonatkozott. A mintavétel célirányos jelleggel valósult meg, olyan egészségügyi és egészségügyben dolgozó személyek kerültek be önkéntesen, tájékozott beleegyezést követően a mintába, akik az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 87-106§ által tárgyalt ellátási formákban dolgoznak és legalább egyszer elláttak már autista személyt. Kizárási kritérium nem volt.

Eljárás

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatást végeztünk Magyarországon online, anonim kérdőív segítségével 2020. szeptember 4. és 2021. február 28. között az Európai Unió területén belül hatályos GDPR előírásoknak megfelelően. A kutatást a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet KUT-40/2020. EL4.1-F3 és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet EKEB-KEB 13/2020/11/26 ügyiratszámú etikai engedélyekben foglaltaknak megfelelően valósítottuk meg kettő budapesti intézményben online formában. Ezen túlmenően a kérdőív a közösségi oldalakon működő szakmai csoportokban került megosztásra.

Kérdőív

Adatgyűjtő módszer gyanánt 15-20 perc alatt kitölthető saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk (lásd a mellékelt kérdőívben), mely az alábbi főbb kérdés-csoportokat tartalmazta 49 tételben: szociodemográfiai jellemzők, egészségügyi munkára vonatkozó kérdések, az autista személyek ellátására vonatkozó kérdések, az autizmussal kapcsolatok

kérdések (az autizmus tüneteire, a problémás viselkedésekre vonatkozó állítások, az autista személyt támogató eljárások), az ellátáshoz szükséges információk. A tudásfelmérésre szolgáló kérdőív részletet Széplaki és Kapronczay (2008), Janoch (2009), Csepregi és Stefanik (2012), Széplaki (2014), illetve Quill és Brusnahan (2017) publikációira, ismeretterjesztő anyagaira alapoztuk.

Elemzés

Leíró statisztikai elemzés mellett az összefüggések feltárására a Kolmogorov-Smirnov normál eloszlás vizsgálatát követően varianciaanalízist, Fisher tesztet, χ^2 próbát, Pearson-féle korrelációt és lineáris regressziót végzünk 95%-os megbízhatósági tartomány mellett ($p < 0,05$). Varianciaanalízist végeztünk LSD post hoc tesztel a települések jellege és beavatkozások nehézségi átlagának, továbbá a komorbid állapotok és az ellátások nehézségi átlagának feltárására. A Fisher teszt alkalmazása a munkapasztalat és a tudásszint, valamint az érzelmek és tudásszint kapcsolatának felmérésére szolgált. χ^2 próbával a kompetenciaszint és az

ellátott esetek számának összefüggését, az ellátás típusát és a többletidő mértékét, valamint az autizmus-specifikus ellátáshoz szükséges alapvető információk ismeretét és a többletidő kapcsolatát vizsgáltuk. A Pearson-féle korreláció és a lineáris regresszió a fizikális vizsgálat, non-invazív és invazív beavatkozás, a kommunikációs nehézségek, viselkedésproblémák megjelenésének és a komorbid állapotoknak a többletnehézség mértékének gyakorolt hatását vizsgálta. Az adatok feldolgozása SPSS 25.0 verziójú statisztikai szoftver használatával történt meg.

EREDMÉNYEK

A kitöltők jellemzői

A kérdőívet 117 szakember töltötte ki, azonban a kitöltés megszakítása és adathiány miatt 100 fő válasza került be végül a vizsgálatba. A kérdőívet kitöltők ($N=100$) között 88 nő volt. A válaszadók életkorának minimuma és maximuma 18 életévnek és 67 évnek adódott (átlag 44,72 év, medián 47 év).

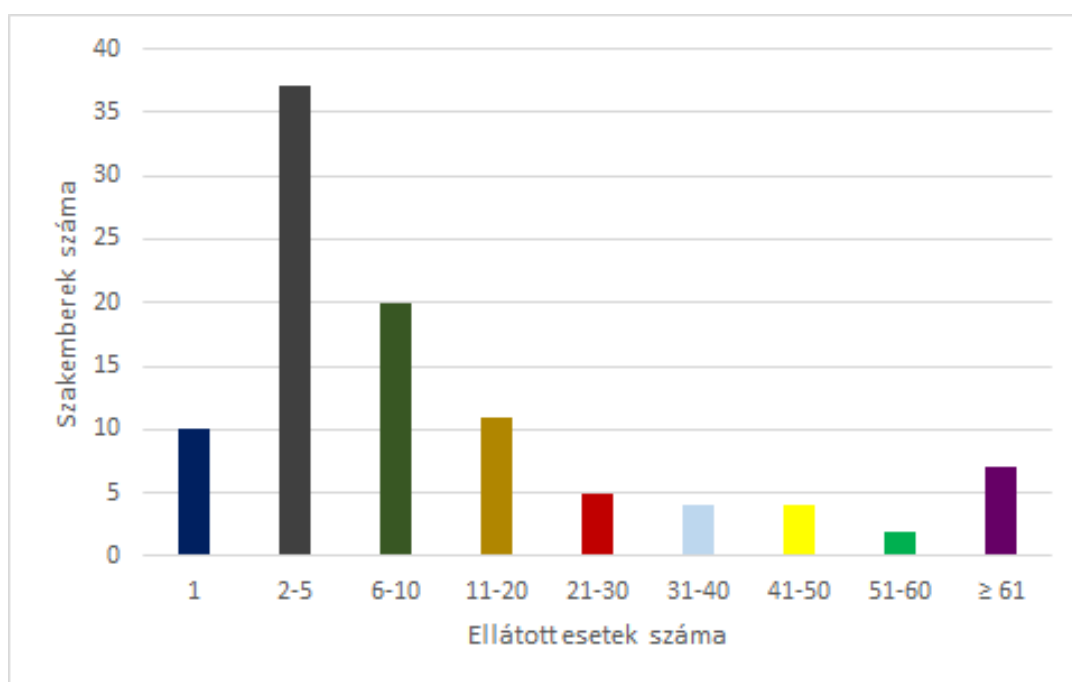
1. táblázat: Az egészségügyi dolgozók szakmacsoportjára vonatkozó adatok, több válaszlehetőség ($N=100$)
(Forrás: saját szerkesztés)

Változó	Attribútum	N	%
Szakmacsoportok	Felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoport	35	26,7
	Gyermekeápolás és gondozás szakmacsoport	27	20,6
	Sürgősségi ellátás szakmacsoport	11	8,4
	Laboratóriumi diagnosztika szakmacsoport	2	1,5
	Képi diagnosztika szakmacsoport	2	1,5
	Fogászati ellátás szakmacsoport	4	3,1
	Mozgásterápia és fizioterápia szakmacsoport	11	8,4
	Műteti ellátás szakmacsoport	4	3,1
	Szülészeti ellátás szakmacsoport	2	1,5
	Védőnői ellátás szakmacsoport	14	10,7
	Közegészségügyi és népegészségügyi szakmacsoport	1	0,8
	Egészségügyi menedzsmen szakmacsoport	4	3,1
	Rehabilitációs és életvezetést támogató szakmacsoport	7	5,3
	Dietetikai szakmacsoport	1	0,8
	Természetgyógyászat szakmacsoport	6	4,6

A válaszadók 19%-a faluban, 29%-a városban, 23%-a megyeszékhelyen, illetve további 29%-a fővárosban élt. A kitöltők 18%-a rendelkezett középfokú, 82%-a pedig felsőfokú végzettséggel. A munkaévek számának terjedelme 1 év és 42 év között alakult, az átlag munkaév 20,73 év, mediánja 22,5 év volt. Kizárólag állami ellátásban dolgozott az autista személyek ellátásakor az egészségügyi személyzet 78%-a, míg csak magán

ellátásban 14%. Az alapellátásban a válaszadók 34,8%-a, a szakellátásban 39,1%-a (járóbeteg-szakellátás 22,5%, fekvőbeteg-szakellátás 16,7%), az egyéb egészségügyi ellátási formák valamelyikében pedig 26,1%-a végezte munkáját. A kitöltők szakmacsoportjára vonatkozó adatokat az 1. táblázat összegzi, az ellátott esetek számát és életkorát az 1. ábra, illetve a 2. táblázat szemlélteti.

1. ábra: Ellátott esetek számának megoszlása (N=100) (Forrás: saját szerkesztés)



2. táblázat: Az egészségügyi dolgozók által ellátott esetek életkori megoszlása, több válaszlehetőség (N=100) (Forrás: saját szerkesztés)

Változó	Attribútum	N	%
Ellátott esetek életkora	0-2 éves	15	6,3
	3-6 éves	40	16,7
	7-10 éves	49	20,5
	11-14 éves	40	16,7
	15-19 éves	38	15,9
	20-25 éves	24	10
	26-30 éves	18	7,5
	31-35 éves	10	4,2
	36-40 éves	3	1,3
	50 év felett	2	0,8

Információforrások

Az autizmus állapotáról történő információk esetében a válaszadók 75,1%-a oktatás, vagy szakmai anyag és továbbképzések révén szerzett tudást, 21% kollégáktól, barátoktól, ismerősöktől és személyes/családi tapasztalat alapján jutott információkhoz. 21,5%-ban a válaszok a média alapján történő tájékozódásra utaltak.

További ismeretszerzésre vonatkozó igény a szakemberek 46%-a részéről fogalmazódott meg, talán igényt tartana rá 43%, míg nincs igénye rá a kitöltők 11%-ának. A legnagyobb nehézség gyanánt érzelmi kihívásra hivatkozott 14 fő. Tapasztalatbeli, oktatásbeli hiányosságokat jelölt meg 8 fő, a protetikusan (segítő) környezet kialakítására vonatkozó nehézséget 18 válaszadó, a tünetek és társult betegségek miatti kihívást pedig 28 fő fogalmazta meg.

Autizmus-specifikus módszerek

Az alkalmazott eszközök és módszerek tekintetében a válaszadók 2,7%-a nem használt megértést könnyítő eszközöket.

Önvédelemre szolgáló felszerelést 1,5%, míg a szülő által alkalmazott módszerek követését 0,3%-ban vette alapul az egészségügyi személyzet. A legnagyobb arányban (95,5%) a segítő (protetikusan) környezet valamely elemének kialakításával, megteremtésével éltek az ellátás során. Ezek közül leginkább a lényegre törő, egyszerű kommunikációt, a tevékenység idejének előre jelzését, illetve az ellátás során használt eszközök bemutatását alkalmazták.

Kihívást jelentő viselkedések

A válaszadók közül 15% készített többnyire vagy szinte minden esetben a viselkedés okainak feltárására szolgáló dokumentációt, amely lehetővé teszi a viselkedés okának pontos azonosítását sorozatos megfigyelést követően. Ennek ellenére a viselkedések okára vonatkozóan számtalan esetben konkrétumokat fogalmaztak meg a szakemberek. (3. táblázat) A kihívást jelentő viselkedések mérséklésének, megszüntetésének céljából a 4. táblázatban összefoglalt eljárásokat alkalmazták a szakemberek.

3. táblázat: Az ellátás során jelentkező kihívást jelentő viselkedések okai a szakemberek szerint (N=100) (Forrás: saját szerkesztés)

Változó	Attribútum	N	%
Kihívást jelentő viselkedések feltételezett okai	Nem tapasztalt problémás viselkedést	2	0,7
	A személy nem akart együttműködni	49	16,3
	Félelem	59	19,6
	Nem értette a személy, mi történik	58	19,3
	Hangos, erőteljes zajok	17	5,6
	Erős, zavaró fényjelenségek	2	0,7
	Nem letisztult környezet (sok eszköz, inger a helyiségben)	33	11
	Fájdalom	25	8,3
	Tevékenység ideje nem volt előre jelezve	8	2,7
	Nincs előre jelezve a tevékenység, hogy mi fog történni	8	2,7
	Sok ember jelenléte	25	8,3
	Nem tudom/ Nem tudom megítélni	10	3,3
	Nincsenek eszközeim a feltételezett ok igazolásához	5	1,7

4. táblázat: A szakemberek által alkalmazott viselkedésproblémák mérséklését célzó eljárások, több válaszlehetőség (N=100) (Forrás: saját szerkesztés)

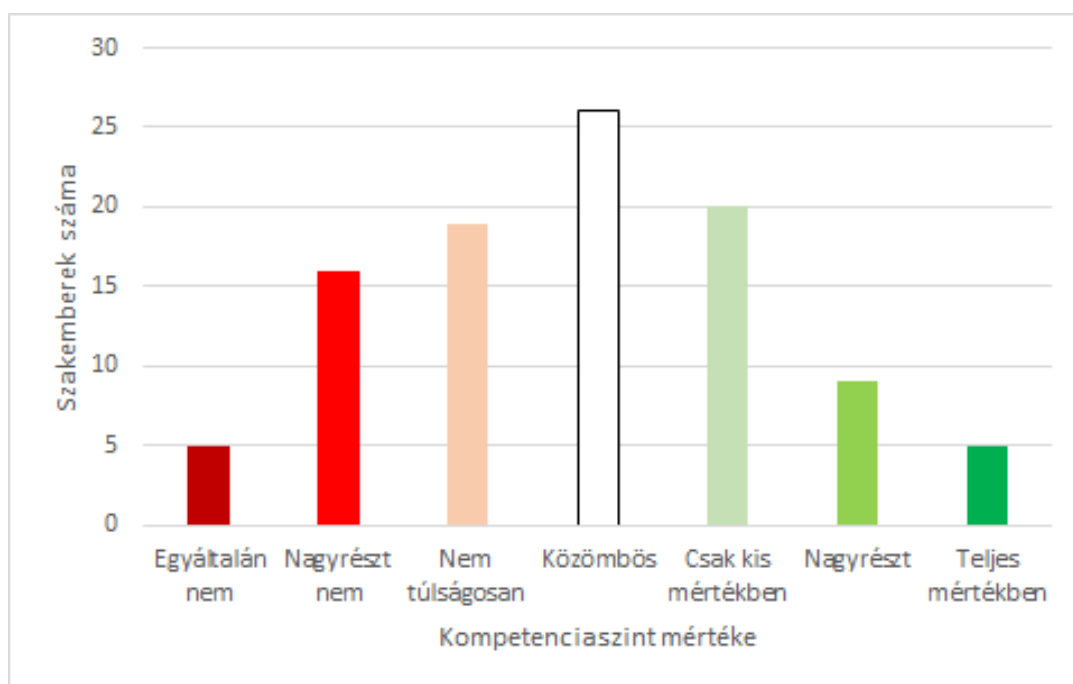
Változó	Attribútum	N	%
Kihívást jelentő viselkedések kezelésére alkalmazott eszközök	Nem használtam	9	2,7
	Kommunikációt segítő képek, tárgyak, programok (pl. iPad-en, laptopon, telefonon)	18	5,5
	Lényegre törő, egyszerű mondatokkal történő kommunikáció	76	23
	Tevékenységszervezés vizuális eszközökkel (mi fog történni, milyen sorrendben, mit kell csinálni)	38	11,5
	Alkalmazott eszközök bemutatása (injekciós tű, vérnyomásmérő stb.)	50	15,2
	Szabályfüzet, viselkedési szabályok	8	2,4
	Letisztult környezet (zavaró ingerek limitálása, tárgyak elpakolása)	29	8,8
	Tevékenység idejének előre jelzése	54	16,4
	Viselkedést módosító technikák (jutalmazás, fizikális vezetés/segítségadás, pozitív visszacsatolás)	42	12,7
	Védőfelszerelés (problémás viselkedés esetén)	5	1,5
	Szülő által alkalmazott módszer követése	1	0,3

Ellátásjellemzők

A kitöltők 48% ítélte meg úgy, hogy jelentős többletidőt igényelt az ellátás, 45%-nak kis mértékben jelentett idő-többletet az autista személyek vizsgálata, vagy a beavatkozás. Az egészségügyi ellátás eredményességét az autizmus diagnózisa a válaszadók 27%-a szerint

jelentős mértékben, 61% válasza alapján részben befolyásolta, míg a kitöltők 12%-ának tapasztalatai alapján összességében egyáltalán nem voltak hatással a kimenetre az állapothoz kapcsolódó tünetek, járulékos problémák, illetve társbetegségek. A szakemberek kompetenciaszintjének alakulását a 2. ábra foglalja össze.

2. ábra: Kompetenciaszint mértéke önbevallás alapján (N=100, M=3,87, SD=1,515) (Forrás: saját szerkesztés)



Az 1-5 esetben autista személyeket ellátó egészségügyi dolgozók (53,2%) szignifikánsan ($p=0,029$) nagyobb arányban érezték magukat inkább nem/nem kompetensnek, mint a 6-nál több esetben (28,3%) autista személyt ellátó egészségügyi dolgozók.

Az ellátás folyamán jelenlévő családtagok és szakemberek megoszlását az 5. táblázat mutatja be.

Az ellátás során az egészségügyi személyzet 3,5%-a nem kért segítséget az autizmus spektrum zavarban érintett személy ellátásához. Az ellátás szakszerűsége érdekében 17,5% fordult segítségért tapasztalatokkal rendelkező kollégájához. 60,8%-ban a szülők segítségét is igényelte a személyzet. 11,2%-ban az ellátást végző egészségügyi dolgozó gyógypedagógushoz, 7%-ban pedig pszichológushoz/pszichiáterhez fordul segítségkérés gyanánt.

A fővárosban élő egészségügyi dolgozók esetén az invazív beavatkozás nehézségi átlaga (5,62) szignifikánsan ($p=0,029$) magasabbnak bizonyult, illetve a non-

invazív beavatkozás nehézségi átlaga (4,6) is ($p=0,034$) magasabb értéket adott. Akik 1-5 esetben olyan autista személyeket láttak el, akik legalább 1 társbetegséggel is rendelkeztek, esetükben az ellátás nehézségének átlaga (3) szignifikánsan ($p=0,014$) alacsonyabb volt, mint a 11-nél több esetben autista személyeket ellátó egészségügyi dolgozóké (3,97). Az 1-5 alkalommal autista személyeket ellátók esetében a viselkedési problémák okozta nehézségek átlaga (3,77) szignifikánsan ($p=0,008$) alacsonyabbnak bizonyult, továbbá a fizikális vizsgálat nehézségi átlaga (3,8) is ($p=0,027$) alacsonyabb értéket eredményezett.

A fizikális vizsgálat ($r=0,628$), a non-invazív beavatkozás ($r=0,651$), az invazív beavatkozás ($r=0,535$) és a többletnehézség mértéke között pozitív közepes korrelációt, szignifikáns kapcsolatot tapasztaltunk ($p<0,001$). A kommunikációs különbségek ($r=0,586$), a viselkedésproblémák ($r=0,623$), valamint a komorbid állapotok ($r=0,411$) is többletnehézséget eredményeztek az autisták ellátása során ($p<0,001$).

5. táblázat: Az egészségügyi ellátás során jelenlévők megoszlása, több válaszlehetőség (N=100) (Forrás: saját szerkesztés)

Változó	Attribútum	N	%
Jelenlét az ellátáskor	Nem volt jelen senki	12	10
	Gondviselő, szülő, hozzátartozó	86	71,1
	Gyógypedagógus	10	8,3
	Autista személyek ellátásában tapasztalatokkal rendelkező kolléga	10	8,3
	Egyéb külső egészségügyi szakember	3	2,5

Az ellátás során az egészségügyi személyzet 3,5%-a nem kért segítséget az autizmus spektrum zavarban érintett személy ellátásához. Az ellátás szakszerűsége érdekében 17,5% fordult segítségért tapasztalatokkal rendelkező kollégájához. 60,8%-ban a szülők segítségét is igényelte a személyzet. 11,2%-ban az ellátást végző egészségügyi dolgozó gyógypedagógushoz, 7%-ban pedig pszichológushoz/

pszichiáterhez fordul segítségkérés gyanánt.

A fővárosban élő egészségügyi dolgozók esetén az invazív beavatkozás nehézségi átlaga (5,62) szignifikánsan ($p=0,029$) magasabbnak bizonyult, illetve a non-invazív beavatkozás nehézségi átlaga (4,6) is ($p=0,034$) magasabb értéket adott. Akik 1-5 esetben olyan autista személyeket

láttak el, akik legalább 1 társbetegséggel is rendelkeztek, esetükben az ellátás nehézségének átlaga (3) szignifikánsan ($p=0,014$) alacsonyabb volt, mint a 11-nél több esetben autista személyeket ellátó egészségügyi dolgozóké (3,97). Az 1-5 alkalommal autista személyeket ellátók esetében a viselkedési problémák okozta nehézségek átlaga (3,77) szignifikánsan ($p=0,008$) alacsonyabbnak bizonyult, továbbá a fizikális vizsgálat nehézségi átlaga (3,8) is ($p=0,027$) alacsonyabb értéket eredményezett.

A fizikális vizsgálat ($r=0,628$), a non-invazív beavatkozás ($r=0,651$), az invazív beavatkozás ($r=0,535$) és a többletnehézség mértéke között pozitív közepes korrelációt, szignifikáns kapcsolatot tapasztaltunk ($p<0,001$). A kommunikációs különbségek ($r=0,586$), a viselkedésprob-

lémák ($r=0,623$), valamint a komorbid állapotok ($r=0,411$) is többletnehézséget eredményeztek az autisták ellátása során ($p<0,001$).

Szakemberek ismeretei

Az egészségügyi dolgozók autizmus ismereteinek feltérképezésére szolgáló kérdőív kiértékelése során az autizmus tüneteire vonatkozó kérdéseket 96,6%-ban válaszolták meg helyesen. A problémás viselkedésekre vonatkozó állítások helyes válaszadási aránya 71,2% volt. A támogató eljárásokra érkezett megfelelő válaszok aránya 82,6%-nak adódott. Az ellátáshoz elengedhetetlen információkat azonban csupán 21%-ban jelölték meg helyesen. Az értékelés szempontjait a 6. táblázat foglalja össze.

6. táblázat: Az autizmus tüneteire, problémás viselkedésekre, támogató eljárásokra és ellátáshoz elengedhetetlen információkra vonatkozó kérdések összesítése (N=100, M=13,4 SD=1,5) (Forrás: saját szerkesztés)

Értékelés %-os kritériuma	Értékelés pontszámai	Értékelés minősítése	Kitöltők száma
94-100%	16-17 pont	Megfelelő	6
82-88%	14-15 pont	Jó	47
70-76%	12-13 pont	Közepes	39
59-65%	10-11 pont	Elégséges	7
0-53%	0-9 pont	Nem megfelelő	1

Azon egészségügyi dolgozók, akik az autista személyek ellátásához elengedhetetlen információk ismeretével rendelkeztek, (76,2%) szignifikánsan ($p=0,014$) nagyobb arányban jelezték, hogy az autista személyek ellátása jelentős többletidőt igényelt, mint azon szakemberek, akik nem ismerték ezen információkat (40,5%). Az aktív fekvőbeteg ellátásban dolgozók (83,3%) között ($p=0,004$) magasabb arányban fordult elő, hogy az autista személyek egészségügyi ellátása jelentős többletidőt igényelt a további alap-, szakellátás és egyéb ellátási formákban dolgozó szakemberekhez képest (40,2%).

A 15-29 év munkatapasztalattal rendelkező egészségügyi dolgozók (100%) szignifikánsan ($p<0,001$) nagyobb arányban teljesítettek jó tudásszinten az autizmus-tudás felmérésére szolgáló kérdőívben, mint az 1-14 év munkatapasztalattal rendelkező szakemberek (35,6%).

A negatív/inkább negatív érzelmeket mutató egészségügyi dolgozók (80%) ($p=0,008$) magasabb arányban érték el jó eredményt a saját szerkesztésű, autizmus-tudás felmérésére szolgáló kérdőívben, mint az ellátás során inkább pozitív/pozitív érzelmeket mutató szakemberek (43,5%).

MEGBESZÉLÉS

A kutatásban részt vevő szakemberek több mint fele jól informált volt az autizmus alapvető jellemzőiről. Összességében kompetenciaszintjük átlaga közepesnek ítéltető meg az önbevallás alapján. A kihívást jelentő viselkedések menedzselésére szinte minden esetben alkalmaztak specifikus eszközöket, azonban ezek megfelelőségét további kutatások igazolhatják. Az egészségügyi dolgozók főképp szakmai forrásokból tájékozódtak, mindezek ellenére azonban az autista személyek viselkedésének okait kevésbé helytálló módon azonosították, melyek téves következtetések levonásához vezethetnek.

Kutatásunk szakértői mintavétellel valósult meg, amely módszer jellemzői és korlátai miatt az eredmények kizárólag a vizsgált mintára vonatkoznak, nem reprezentálják az érintett magyar lakosságot. Mindazonáltal a nemzetközi eredményekhez illeszkedő tendenciákat láthatunk. Hasonlóan Unigwe és munkatársai (2017) kutatásához a megkérdezett szakemberek kompetenciaszintjének átlaga megközelítőleg közepes értéket mutatott, az ellátott esetek számának növekedése mellett azonban inkább kompetensnek vallották magukat az autista személyek ellátásában. Du és kollégái (2019) alapján a szakembereket szorongó, ideges magatartás jellemezte az ellátás során. Eredményeink azt tükrözik, hogy a beavatkozások folyamatában tapasztalt nehézségek negatív érzelmeket váltottak ki az egészségügyi dolgozók részéről. Imran és munkatársai (2011), Sampson és Sandra (2018), valamint Corsano és munkatársai (2019) alapján a munkatapasztalat, illetve az állapot ismerete összefüggést mutatott, melyet kutatásunk is igazolt.

A mintában a fővárosban dolgozó szakemberek részéről kifejezettebb mértékű nehézségeket tapasztaltunk. Ennek okaként feltételezzük, hogy a klienseket a szakemberek átirányították magasabb progresszivitási szintű ellátásba az invazív

és noninvazív beavatkozások elvégzéséhez.

A munkaévek számának növekedésével az ellátás során tapasztalt valamennyi nehézség is enyhén növekvő tendenciát tükrözött a vizsgálatban. Az autista személyek hatékony ellátása nagyfokú felkészültséget, alkalmazkodást és problémamegoldó képességet kíván meg. A tapasztalt nehézségek a kompetencia-élmény csökkenését, negatív érzelmek kiváltódását eredményezhették.

A több esetben autista pácienssel találkozó szakemberek között nagyobb lehet annak a valószínűsége, hogy minél több heterogén állapotú és különböző súlyossági fokú autista személlyel találkozunk, ezáltal pedig egyre több nehézséggel is szembesülnek.

Kutatásunkban az aktív fekvőbeteg ellátásban tapasztalt nagyobb arányú időtöbblet jelentkezésének magyarázatául szolgálhat, hogy a speciális környezet feltételeinek megteremtéséhez nem következképpen álltak rendelkezésre megfelelő eszközök és kidolgozott módszertani háttér. A jelentős stressz-helyzettel járó változás a tüneteket és viselkedés problémákat felerősíthette a tárgyalt esetekben.

A viselkedésproblémák feltérképezésére irányulóan az ellátás során a kitöltők mindössze 15%-a készített jegyzőkönyvet. Ugyanakkor a problémás viselkedések okára vonatkozó regisztrált válaszok alapján 94,4%-ban valamilyen konkrét okot jelöltek meg a kitöltők. A viselkedésproblémák pontos feltérképezésére a jegyzőkönyvkészítés a legobjektívabb módszer. Ideális esetben azonban a folyamat több alkalmat foglal magába és szisztematikusan regisztrálja a szituáció körülményeit (Janoch, 2012). Természetesen nem kizárt egyértelmű helyzetekben a pontok azonnali regisztrálása, ugyanakkor a helyzet összetettsége miatt nehéz pontosan definiálni a viselkedés okait. Ez utalhat a szakismeret hiányára, vagy

részinformációk ismeretére enged következtetni a minta esetében.

Az egészségügyi szakemberek nagy arányban kértek segítséget az ellátás során a kutatásunkban. Az együttműködés azt eredményezhette, hogy az autizmus tüneteinek, a kihívást jelentő viselkedéseknek a megjelenése átlagban nem okoz kifejezett nehézséget.

Az ellátás során tapasztalt negatív érzelmek és ezzel egyetemben a magasabb autizmus-tudás hátterében az alábbi okokat feltételeztük a minta vonatkozásában: specifikus ismeretek birtokában a tüneti és viselkedési kép pontosabb azonosítása válik lehetővé. A szakemberekben ugyanakkor negatív érzéseket válthatott ki az, hogy bár autizmusra adaptált szolgáltatást szerettek volna nyújtani, az intézményben nem feltétlenül állt rendelkezésre megfelelő eszközpark és körülmények, illetve autizmus-ismereteik gyakorlati alkalmazása nehéznek bizonyulhatott.

A szakemberek többsége könnyen hozzáférhető eszközöket alkalmazott az érintettek egészségügyi ellátásának megsegítése érdekében. Az autista személy készségeinek és képességeinek megfelelő támogató eszközök tervezése a személy és a helyzet alapos ismeretét kívánja meg, ugyanakkor kivitelezésének környezeti, időbeli, anyagi vonatkozású, ismeretbeli korlátai lehettek a minta esetén.

Korlátok

Az új-koronavírus járvány következtében fennálló járványügyi intézkedések miatt csökkenő egészségügyi kontaktus illetve terheltség a kérdőívek kitöltöttségére

befolyást gyakorolhatott. Az online hozzáféréssel rendelkező személyek válaszai felülreprezentáltak a mintában. A tapasztalatok megosztását az egyén kognitív folyamatai és érzelmi állapota is befolyásolhatja, az egyén szubjektív ítélőképessége torzítóan hathat az eredményekre. Az alacsony elemszám miatt egyes csoportok közötti szignifikáns eredmény kimutatásra nem volt lehetőség; az eredmények nem reprezentatív jellegűek a szakértői mintavételi eljárásokból kifolyólag. Az autizmus spektrum heterogenitása miatt kifejezetten nehéz vizsgálni az ellátás bizonyos szegmenseit, folyamatait.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunk során az autista személyek egészségügyi ellátásának mintázatait vizsgáltuk az egészségügyi szakemberek tapasztalatai által. A téma mélyrehatóbb vizsgálata kétséggel nélkülözhetetlennek bizonyul az egyes eredmények körülhatárolhatóbb, pontosabb megfogalmazásához, értékeléséhez, illetve egy egységes ellátórendszer és reformok kidolgozásához. Ugyan az eredmények nem árulkodnak kifejezetten negatív kiugró adatokról, azonban a spektrum heterogenitása miatt a nehézségek és a módszertan kidolgozása elengedhetetlen véleményünk szerint a hatékony ellátás érdekében. Az autizmus spektrum zavarokban tapasztalt tünetek és a neuropszichológia területén mutatott eltérések – nem kizárólag az autizmust jellemző nehézségek –, más, organikus okokra visszavezethető állapotokban érintett kliensek esetében is jelen lehetnek, így a támogató eljárások esetükben is hasznos bizonyulhatnak.

HIVATKOZÁSOK

- Al-Farsi, Y.M., Al Shafae, A.M., Al-Lawati, S.K., Al-Sharbaty, M.M., Al-Tamimi, M.F., Al-Farsi, O.A., Al Hinai, J.A., Al-Adawi, S.S. (2017). Awareness about Autism among Primary Healthcare Providers in Oman: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science*; 9(6), 65–75.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision Dsm-5-tr*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Austriaco, K., Aban, I., Willig, J. & Kong, M. (2019). Contemporary trainee knowledge of autism: How prepared are our future providers? *Frontiers in Pediatrics*, 7. doi: <https://doi.org/10.3389/fped.2019.0016>
- Bognár V., Bíró A. & Marossy-Dévai Z. (2009). Az autizmussal diagnosztizált népesség az egészségügyi és a közoktatási rendszerben. In Petri G. & Vályi R. (szerk.), *Autizmus – Tény – Képek*. (pp. 11-18). Autisták Országos Szövetsége- Jelenkorkutató Alapítvány.
- Bölte, S. (2014). Is autism curable? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(10), 927–931. doi:10.1111/dmcn.12495
- Corsano, P., Cinotti, M. & Guidotti, L. (2019). Paediatric nurses' knowledge and experience of autism spectrum disorders: An Italian survey. *Journal of Child Health Care*, 24(3), 486–495. doi:10.1177/1367493519875339
- Csepregi A. & Stefanik K. (2012). *Autizmus spektrum zavarral élő gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. (pp. 7-8.) Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Du, R. Y., Yiu, C. K. Y., & King, N. M. (2018). Oral Health Behaviours of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders and Their Barriers to Dental Care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi:10.1007/s10803-018-3708-5
- Egészségügyi Minisztérium. (2008). Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve az autizmusról/autizmus spektrum zavarairól. *Egészségügyi Közlöny* 58(10), 2930-2967. <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2008/10.pdf>
- Fein, D. (ed.). (2011). *The neuropsychology of autism*. Oxford University Press.
- Imran, N., Chaudry, M. R., Azeem, M. W., Bhatti, M. R., Choudhary, Z. I., & Cheema, M. A. (2011). A survey of Autism knowledge and attitudes among the healthcare professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatrics*, 11(1), 107–112. doi:10.1186/1471-2431-11-107
- Janoch M. (2012). *Problémás viselkedések megelőzése és kezelése autizmus spektrum zavarokban*. (pp. 25–90). Budapest: Autizmus Alapítvány Kapocs Könyvkiadó.
- Li, H.-J., Chen, C.-Y., Tsai, C.-H., Kuo, C.-C., Chen, K.-H., Chen, K.-H., & Li, Y.-C. (2019). Utilization and medical costs of outpatient rehabilitation among children with autism spectrum conditions in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 19(1) 354–362.
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Taylor, J. L. & Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). doi:10.1038/s41572-019-0138-4
- Lunsky, Y., Lai, M.-C., Balogh, R., Chung, H., Durbin, A., Jachyra, P., Tint, A., Weiss, J. & Lin, E. (2022). Premature mortality in a population-based cohort of autistic adults in Canada. *Autism Research* 15(6). doi:<https://doi.org/10.1002/aur.2741>
- Lyll, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. J., Snyder, N. W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G. C. & Newschaffer, C. (2017). The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*, 38(1), 81–102. doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044318
- Martinez-Murcia F. J., Lai M.-C., Górriz J. M., Ramírez, J., Young, A. M. H., Deoni, S. C. L., Ecker, C., Lombardo, M. V., MRC AIMS Consortium, Baron-Cohen, S., Murphy, D. G. M., Bullmore, E. T. & Suckling, J. (2016). On the brain structure heterogeneity of autism: Parsing out acquisition site effects with significance-weighted principal component analysis. *Human Brain Mapping* 38(3), 1208–1223. doi:10.1002/hbm.23449
- Mason, D., Taylor, H., Ingham, B., Finch, T., Wilson, C., Scarlett, C., Urbanowitz, A., Nicolaidis, C., Lennox, N., – Moss, S., Buckley, C., Cooper, S.-A., Osborne, M., Gardalnd, D., Raymaker, D. & Parr, J. R. Views about primary care health checks for autistic adults: UK survey findings. *BJGP Open* 20;6(4):BJGPO.2022.0067. doi: 10.3399/BJGPO.2022.0067.

- Menezes, M., Robinson, M. F., Harkins, C., Sadikova, E., & Mazurek, M. O. (2021). Unmet health care needs and health care quality in youth with autism spectrum disorder with and without intellectual disability. *Autism*, 25(8):2199–2208.
- McPartland J. & Volkmar F. R. (2012). Autism and related disorders. In Aminoff M. J., Boller F. & Swaab D. F., *Handbook of Clinical Neurology*. Yale Child Study Center.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021, June). Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170/resources/autism-spectrum-disorder-in-under-19s-support-and-management-pdf-35109745515205>
- Quill, K. A. & Brusnahan, L. L. S. (2017). *DO-WATCH-LISTEN-SAY: Social and Communication Intervention for Autism Spectrum Disorders*. 2nd Revised edition. Baltimore: [Brookes Publishing Co.](#)
- Sampson W. G. & Sandra A. E. (2018). Comparative Study on Knowledge About Autism Spectrum Disorder Among Paediatric and Psychiatric Nurses in Public Hospitals in Kumasi, Ghana. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14, 99–108. doi: 10.2174/1745017901814010099
- Stefanik K. & Prekop Cs. (2015). Autizmus spektrum zavarok. In Balázs J. & Miklósi M. (szerk.), *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarinak tankönyve*. (pp. 61–67). Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.
- Széplaki M. & Kapronczay S. (2008). *Vény nélkül- Az autista emberek egészségügyi ellátásáról, szülőknek*. (pp. 4–13). Budapest: Autisták Országos Szövetsége.
- Széplaki M. (szerk.) (2014). Foglalkozzunk Vele! Fókuszban az autizmussal élő emberek egészségügyi ellátása. Segédanyag Autista paciensek ellátásához az egészségügyben- Alapfogalmak, módszerek, trükkök, biztonsági tudnivalók. Második, változatlan kiadás. Kecskemét: Autista Gyermekekért Egyesület.
- Unigwe, S., Buckley, C., Crane, L., Kenny, L., Remington, A. & Pellicano, E. (2017). GPs' confidence in caring for their patients on the autism spectrum: an online self-report study. *British Journal of General Practice*, 67(659), e445–e452. doi:10.3399/bjgp17x690449
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A. & Blumberg, S. J. (2015). Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Center for Health Statistics*, 87, 1–20. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr087.pdf>
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 36–49. doi:10.1016/j.rasd.2015.11.008

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: 2023. 11. 21.

Elfogadva: 2024. 03. 12.

Megjelentetve: 2024. 06. 10.

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

VIZSGÁLATOK

Szervezeti „jóllét” a mindennapokban - A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara az örömteli szervezetté válás útján

Corporate "well-being" in everyday life - University of Pécs, Medical School on the way to becoming a joyful organization

Szerző: [Varga Zsuzsanna](#), [Füzesi Zsuzsanna](#)

Doi: [10.58701/mej.13109](https://doi.org/10.58701/mej.13109)

Kulcsszavak: szervezeti kultúra; szervezeti jóllét; egyéni jóllét

Keywords: corporate culture; organisational well-being; individual well-being

Absztrakt

BEVEZETÉS: A felsőoktatási intézmények világszerte számottevő változásokkal néznek szembe az oktatás, a hallgatói élmény és az intézményi jóllét területén. A modern felsőoktatási környezetben az intézményi jóllét nem csupán az infrastrukturális fejlesztéseket és a szakmai eredményeket jelenti, hanem szélesebb értelemben a hallgatók, az oktatók és az adminisztratív személyzet fizikai, mentális és társadalmi jóllétének fenntartását és javítását is magában foglalja. A tanulmányban a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának (PTE ÁOK) példáján keresztül mutatjuk be a szervezeti jóllét lehetőségének megteremtését a mindennapi feladatok kapcsán.

MÓDSZEREK: Irodalomelemzést, összehasonlító elemzést végeztünk az örömteli szervezet és a megvalósítás 4 alapszabálya (4DX) módszer főbb elemeit tekintve. Emellett félig strukturált interjúkat készítettünk a kari stratégia (PotePillars) megvalósításának segítésére alkalmazott 4DX módszer működésének vizsgálatára.

EREDMÉNYEK: A 4DX módszer alkalmazása a szervezetben lehetővé teszi, hogy a szervezet céljait alapul véve kommunikáció jöjjön létre a szereplők között, amely a bizalomra és a tiszteletre épít. A módszer lényegi eleme, hogy a szervezet tagjai felelősséget vállalnak saját feladataik kiválasztásáért és megvalósításáért. E módszer az egyéni jóllét mellett a szervezeti jóllétet is nagymértékben támogatja.

KÖVETKEZTETÉS: A megvalósítás 4 alapszabálya megtestesíti a Lövey és Nadkarni (2007) által leírt szervezeti kötődést, amely akkor alakul ki, ha az egyén azt érzi, hogy fontos, autonóm tagja az intézménynek, azonosul a szervezeti kultúrával, és többirányú kapcsolatai vannak a szervezeten belül. Egy szervezet gerincét és teljesítményét a kulcsszereplők adják, azaz az emberi erőforrás a szervezeti siker

kritikus meghatározó tényezője (Bakacsi, 2015). Tapasztalataink azt mutatják, hogy az általunk alkalmazott modell egyaránt hasznosan támogatja az egyéni és a szervezeti jóllétet.

Abstract

INTRODUCTION: Higher education institutions around the world are facing significant changes in education, student experience and institutional well-being. In the modern higher education environment, institutional well-being is not only about infrastructural improvements and professional outcomes, but also more broadly about maintaining and improving the physical, mental and social well-being of students and staff. In this article, we use the example of the Medical School of the University of Pécs (UPMS) to illustrate the potential of organisational well-being in the context of everyday tasks.

METHODOLOGY: A literature analysis, a comparative analysis of the main elements of the 4 Disciplines of Execution (4DX) method were carried out. In addition, semi-structured interviews were conducted to investigate the functioning of the 4DX method used to support the implementation of the faculty strategy (PotePillars).

RESULTS: The application of the 4DX method in an organisation enables communication between actors based on the organisation's objectives, building trust and respect. The key element of the method is that the members of the organisation take responsibility for the selection and implementation of their own tasks. It is a method that promotes organisational well-being as well as individual well-being.

CONCLUSIONS: The 4DX embodies the organizational attachment described by Lövey and Nadkarni (2007), which develops when individuals feel that they are important, autonomous members of an institution, identify with the organizational culture, and have multidirectional relationships within the organization. The backbone and performance of an organization is provided by its key players, i.e. human resources are a critical determinant of organizational success (Bakacsi, 2015). Our experience shows that the model we use is useful in supporting both individual and organizational well-being.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A modern felsőoktatási környezetben az intézményi jólét nem csupán az infrastrukturális fejlesztéseket és a szakmai eredményeket jelenti, hanem szélesebb értelemben a hallgatók, oktatók és az adminisztratív személyzet fizikai, mentális és társadalmi jólétének fenntartását és javítását is magában foglalja.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Témaválasztásunk célja annak bemutatása, hogy nem csak egyéni, hanem szervezeti szinten is érdemes beszélni a jólétről. Ennek megteremtése a mindennapokban kihívásokat rejt ugyan, de megvalósítható, így képes túllépni a deklarációkon.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Az Örömteli szervezet és a megvalósítás 4 alapszabálya közötti kapcsolódást bemutatva a cikk konkrét javaslatot kínál a szervezeti jólét fejlesztésére.

BEVEZETÉS

A felsőoktatási intézmények világszerte számottevő változásokkal néznek szembe az oktatás, a hallgatói élmény és az intézményi jólét területén. A modern felsőoktatási környezetben a szervezeti/intézményi jólét nem csupán az infrastrukturális fejlesztéseket és a szakmai eredményeket jelenti, hanem szélesebb értelemben a hallgatók, az oktatók és az adminisztratív személyzet fizikai, mentális

és társadalmi jólétének fenntartását és javítását is, valamint a közöttük lévő kapcsolódásokat, mely a szervezeti kultúra egyik alapja. A versenyképes szervezetekben a hangsúly egyre inkább a főnökökről, a szervezetet működtető menedzserekről eltolódik a vonzó jövőképet, stratégiát, célokat megfogalmazó, a munkatársak belső hangját megtaláló és támogató vezetők személye felé. A vezetői szerepek változásával a csapatok szerepe is megváltozik (Harris, 1996). Károlyi (2017) szerint a „csapat és a vezető együtt hozza létre az eredményt, külön-külön csak rész-eredmények születhetnek”. Ahogy Lövey – Nadkarni (2007) is írja, az autoritást mindinkább felváltja egy olyan kultúra, amely a szervezet tagjait, az egyéneket értékeiken keresztül szólítja meg, és átalakító, értékalapú, felhatalmazó vezetés jellemzi, ahol kiemelt figyelmet fordítanak az egyének és a szervezet jólétére. Ez a jólét a versenyképesség, az eredményesség megtartása mellett kulcsfontosságú a változásokhoz való gyors és adekvát alkalmazkodásban, valamint a minőségi munkaerő megtartásában is. Ez alól a felsőoktatási intézmények sem kivételek ma már.

A JÓLLÉT FOGALMÁRÓL – SZERVEZETI SZINTEN

Az egyéni és szervezeti jólét definíciója rendkívül összetett. A tudományos kutatásokban, cikkekben nincs róla konszenzus. Az elmúlt évtizedekben számos kutató és elméleti irányzat írta le a fogalmat, és szinte mindegyik különböző aspektusokra helyezte a hangsúlyt. Griffin (1999) szerint a jólét egy komplex és többdimenziós fogalom, amely különböző módon értelmezhető attól függően, hogy az egyén, a szervezet vagy a társadalom szempontjából vizsgáljuk-e. Diener és kollégái (1999) kiemelik az egyéni elégedettség és boldogság szerepét a

jólét értelmezésében. Crisp (2005) azt vallja, hogy a jólét az, ami jó az egyén számára, tehát szubjektív és egyedi fogalom. Egyes elméletek, mint például Shimmack (2006) szerint az emberek az életüket egy kíváncsi és egy kevésbé kíváncsi két végpontú skálán értékelik, amikor a jólétről beszélnek. Warr (2007) úgy látja, hogy a boldogság fogalma pontosabban tükrözi a jólétet, és inkább ezt javasolja használni, hiszen ez összességében fejezi ki az egyén általános elégedettségét az élettel. Az egyéni jólét fogalmában gyakran megjelenik a pénzügyi jólét szempontja is, amely a jövedelem, a megtakarítások és a gazdasági stabilitás mértékét méri (Dajnoki et al., 2020). A pszichológiai jólét és a mentális egészség fogalmai is gyakran jelennek meg a kutatásokban szinonimaként, kiemelve az érzelmi és pszichés jólét szempontjait (Keyes, 2005). Seligman és Csikszentmihalyi arra hívja fel a figyelmet, hogy ne csak a pozitív aspektusokra összpontosítsunk, hanem szenteljünk figyelmet a negatív tényezőknek is, mert a stressz, a kimerültség és a munkahelyi konfliktusok jelentősen befolyásolják mind az egyéni, mind a szervezeti jólétet (2000).

Lövey és Nadkarni (2007) a szervezeti jólét egyik fontos aspektusát emelik ki „Az örömteli szervezet” könyvükben. Drucker (1992) gondolatait tovább szöve három alapvető szervezeti szükségletet, célt jelölnek meg: a dolgozók, a vevők és a szervezet gazdasági szükségleteit. Véleményük szerint az alapvető szükségletek egyensúlyban tartása segíti a szervezeteket abban, hogy egészségesek legyenek, és tagjaik örömet leljenek munkavégzésük közben. A szerzők nem vitatják, hogy az öröm érzése jóval nehezebben érezhető és fogható meg a munkában, mint a magánéletben, nem is beszélve a szervezeti szintről, de határozottan állítják, hogy egy szervezet is

lehet működésében örömteli. Az öröm, s ezáltal a jólét alapja az, hogy a munkatársak azt érzik, érdemes dolgozniuk, a belső víziójuk megvalósításán dolgoznak, és munkájukat eredendően örömszerzőnek tartják. Fontos az, hogy megtalálják a saját hangjukat, amely a szervezet és az egyén számára is örömmel jár. Az ilyen szervezetben lévő egyéneknél – a szerzők véleménye szerint – belülről fakad a motiváció, azaz a munkatárs maga akarja a saját céljait szolgálni, mivel ez fontos számára. Minél inkább lehetőséget lát önmaga megvalósítására, annál jobban kötődik a szervezethez, azaz képes a tehetségét megfelelően kibontakoztatni, fejleszteni. „Egy örömteli szervezetben a munkatársak abban a tudatban végzik a munkájukat, hogy a többiek is kiveszik a részüket a feladatból, a közös jövőkép elérése érdekében” (Lövey – Nadkarni, 2007, pp 94–96).

A szervezeti célok közül a munkatársak szükségleteinek van a legközvetlenebb hatása arra, hogy jól érzik-e magukat vagy sem. A fontosságérzet, az autonómia, a kultúra és a többirányú kapcsolatok azok a kulcs komponensek, amelyekre a szervezethez való kötődés épül. Szerintük az emberek nem viselik el a fontosság érzésének hiányát. Az, hogy kinek mit jelent a fontosság és ez miben nyilvánul meg, különböző lehet. Az autonómia ebben a viszonylatban azt jelenti, hogy szabadon hozhassanak döntéseket. A következő dimenziója a kötődésnek, hogy mennyire tud az egyén azonosulni a szervezeti kultúra elemeivel. A kultúra Lövey és Nadkarni szerint azokat „a folyamatokat, szabályokat jelenti, amelyek segítségével eredményeket érünk el a szervezetben, és a szervezet imázsát, amely a rituálékban, hagyományokban és szokásokban nyilvánul meg, valamint az ezek alapjául szolgáló értékeket, amelyeket a magatartás fejez ki” (Lövey – Nadkarni, 2007 pp 92–93). Konzisztens

értékek megléte nélkül ez nem valósulhat meg. A negyedik szükséglettel kapcsolatos összetevő a többirányú kapcsolatokat testesíti meg a szervezetben. A kapcsolatok lehetnek gazdasági, politikai és civil kapcsolatok is. Minél változatosabb a kapcsolatrendszer, annál erősebb a szervezethez való kötődés mértéke.

Összefoglalva e modell szerint a szervezeti kötődés akkor alakul ki, ha az előbb említett négy feltétel teljesül, azaz a munkatárs érzi, hogy fontos, autonóm, azonosul a szervezeti kultúrával és többirányú kapcsolatai vannak. A szerzők szerint egy szervezet „nem feltétlenül egészséges – ehhez az is szükséges, hogy a szervezet örömteli legyen” (Lövey – Nadkarni, 2017 p 30). Ezt a gondolatot is az a fajta paradigmaváltás inspirálta, amely szerint a munkavállalóknak magasabb szintű önmegvalósítási, fejlődési igényeik, elvárásai vannak, azaz örömet lelik a szervezetben eltöltött idejük alatt. Másként fogalmazva: egy szervezet akkor egészséges, akkor lehet jóllétről beszélni, ha a tagjai örömet lelik abban, hogy értéket teremtenek a szervezetben, így lesznek „az egészséges szervezetek sikeresek” (Lövey – Nadkarni, 2017 p 31).

JÓLLÉT MEGTEREMTÉSE? HOGYAN?

A szervezetekben a stratégia megvalósítása és a munkavégzés áll a középpontban a napi „forgószélben”. Kinek van ideje, energiája ezek mellett még a szervezeti és egyéni szintű jóllétre is fókuszálni? McChesney és társai (2017) abból indultak ki, hogy egy szervezet életében a stratégia megalkotása a kisebb nehézség, a megvalósítás az igazi kihívás és gyakran kudarc is. Ennek segítségével dolgozták ki a megvalósítás 4 alapszabálya módszertant. Azt tapasztalták, hogy a vezetők nagy része a stratégia meg-

valósítása közben azért ütközik akadályokba, mert a stratégia sok esetben csak az érintettek viselkedésének tartós megváltoztatása által érhető el, azaz szükség volna a csapat, az egyének bevonására úgy, hogy jóllétük és ezáltal a szervezeti jóllét érzése se sérüljön, sőt, emelkedjen. Vannak és alkalmanként helyénvalóak az úgynevezett „tollvonás-stratégiák” (McChesney és társai, 2017) is, amelyeket könnyedén egy utasítással végre lehet hajtani. Ezzel szemben azok a stratégiák, amelyek viselkedésváltozást igényelnek, már nem ilyen egyszerűek, és lényegesen időigényesebbek. Többek között ilyen a szervezeti jóllét kialakítása és támogatása is.

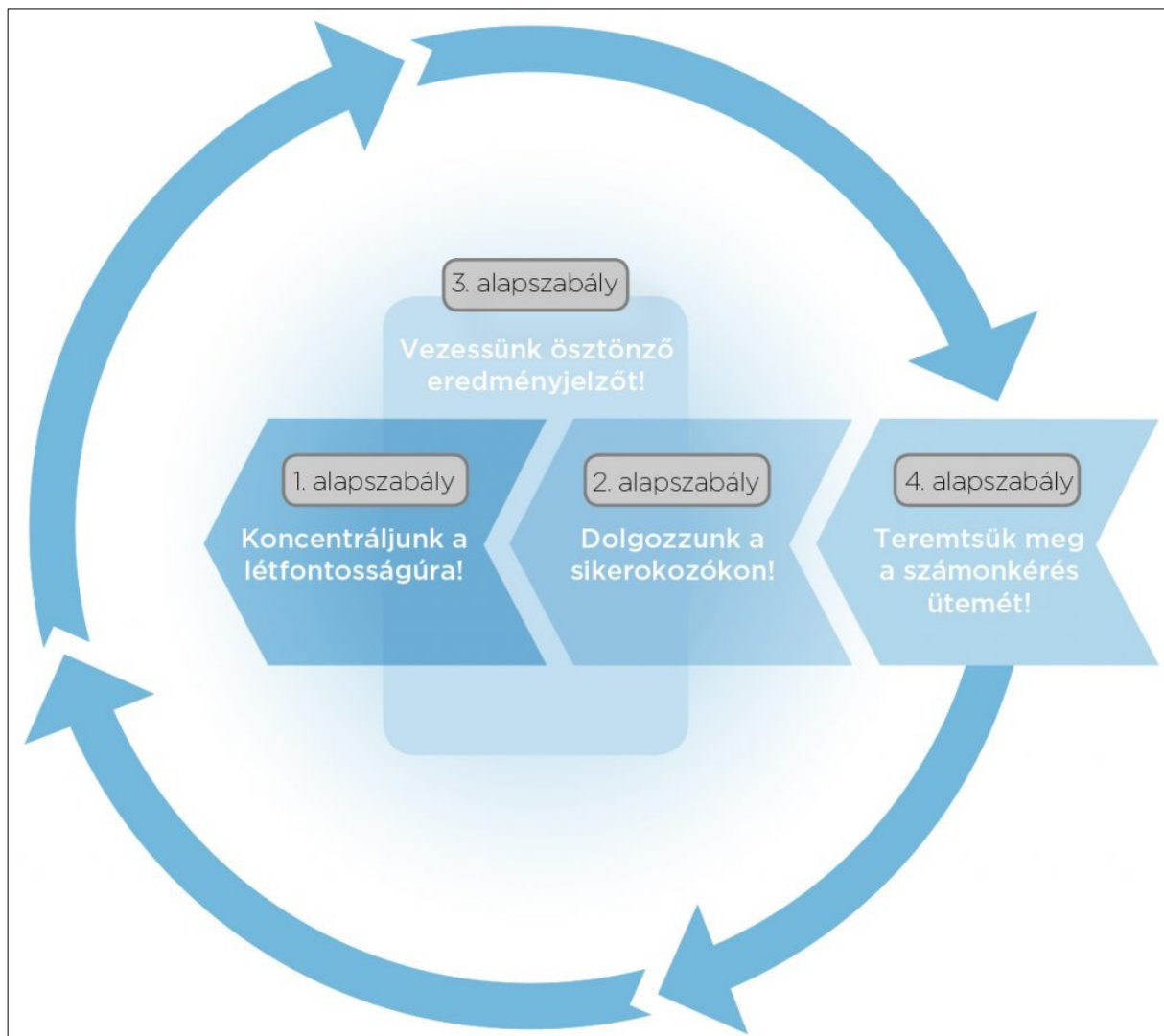
McChesney és társai (2017) által kidolgozott megvalósítás 4 alapszabálya (4 Disciplines of Execution, továbbiakban 4DX) módszer (1. ábra) négy alapvető szabályra fókuszál. Az első alapszabály szerint **fókuszáljunk a létfontosságúra**, amelynek üzenete: ha kevesebbre fókuszálunk, többet érünk el. Ehhez létfontosságú célokat (LÉC) kell meghatározni, hogy eredményes legyen a megvalósítás. A második alapszabály szerint **dolgozzunk a sikerokozókon!** A szerzők úgy vélik, hogy vannak olyan tettek, amelyek nagy hatással vannak a célok megvalósítására. A marketingben sokszor használt Pareto-elv gondolata (Craft – Leake, 2002) is ehhez kapcsolódik, miszerint az eredmények 80%-át sokszor a tevékenységek 20%-a okozza. A jó sikerokozóknak két jellegzetességük van: „egyrészt előre jelzik a cél megvalósulását, másrészt a csapat tagjai képesek befolyással lenni rájuk”. A harmadik alapszabály szerint **vezessünk ösztönző eredményjelzőt!** Ennek az a lényege, ha a munkatársak maguk tartják nyilván az eredményeiket, és ezt nem a vezető teszi helyettük, akkor másként is dolgoznak. Fontos tehát a bevonódás, és azok teljesítenek a legjobban, akik érzelmileg is bevonódnak. A negyedik

alapszabály szerint **alakítsuk ki a beszámoltatás ütemét!** Beszámoltatás nélkül ugyanis a cél könnyen elvész a mindennapi teendők sűrűjében. Ennek érdekében javasolt heti 20-30 perces megbeszéléseket tartani, ahol a kulcsmozzanat az, hogy ne a vezető jelöljön ki feladatokat, hanem a csapattagok határozzák meg vállalásaikat. Az előny abban mutatkozik meg, hogy az egyének nagyobb mértékben tudnak elköteleződni saját elképzeléseik mellett, mint a

vezetőtől érkezett kérések, feladatok esetében.

Összefoglalva a négy alapszabályt, a módszer lényege: 1. leszűkítik a fókuszot, kitűzik a célt (lécet), 2. meghatározzák azokat a sikerokozókat, amelyek közelebb viszik őket a lécek eléréséhez. 3. bemutatják eredményeiket az ösztönző eredményjelzőn 4. hetente LÉC-ülésen röviden beszámolnak, és újabb heti vállalást tesznek.

1. ábra: A megvalósítás 4 alapszabálya (Forrás: McChesney és társai, 2017)



Kutatásunk során a következő kérdésekre kerestük a választ:

1. Milyen eredményes gyakorlatok alkalmazhatók a felsőoktatási intézményekben a stratégia megvalósítása kapcsán úgy, hogy a szervezeti és egyéni jóllét kiteljesedjen?
2. Hozzájárul-e a megvalósítás 4 alapszabálya módszer a kari stratégia eredményes megvalósításához, illetve segíti-e az örömteli szervezet létrejöttét? Milyen tényezők segítik, és melyek hátráltatják azokat?

MÓDSZERTAN

Irodalomelemzést, összehasonlító elemzést végeztünk az örömteli szervezet és a megvalósítás 4 alapszabálya (4DX) alapvető elemeit tekintve. Emellett a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán félig strukturált interjút készítettünk, mivel a kari stratégia (PotePillars¹) megvalósítására a 4DX módszertant alkalmazzuk a szervezetben. A projektvezetők eddigi tapasztalatait vizsgáltuk, ezért az alábbi kérdéseket tettük fel a 12 csapat-/projektvezetőnek. A válaszadás önkéntes volt, az interjú elején beleegyező nyilatkozatot töltöttek ki a válaszadók.

„Eddigi tapasztalataid alapján a fent említett módszer:

- milyen szervezetekben használható, alkalmazható?

- kiknek ajánlanád elsősorban?
- milyen előnyei lehetnek más feladatkiosztási módszerekkel szemben?
- milyen hátrányai lehetnek?
- amikor alkalmaztad a módszert, tapasztalataid szerint mi volt az az egy dolog, ami miatt nagyon jól működött, és mi az az egy, ami miatt a legkevésbé?”

EREDMÉNYEK

1. Az örömteli szervezet és a 4DX kapcsolata

A szakirodalmi kutatásokat alapul véve a megvalósítás 4 alapszabálya módszer és az örömteli szervezet együttes vizsgálatának eredményeit mutatjuk be, felhasználva a Lövey és Nadkarni (2007) könyvében található – saját fogalmukat alkalmazva – meggyőződéseket². A dokumentumelemzés során az első kutatási kérdésünkre kerestük a választ, azaz, hogy milyen eredményes gyakorlatok alkalmazhatók a felsőoktatási intézményekben a stratégia megvalósítása kapcsán úgy, hogy a szervezeti és egyéni jóllét kiteljesedjen. Ennek kapcsán összefüggéseket kerestünk az örömteli szervezet és a megvalósítás 4 alapszabálya módszer jellemzői között. Az örömteli szervezet tulajdonságait Lövey és Nadkarni leírása alapján határoztuk meg. Az összegyűjtött elemeket összevetettük a 4DX módszerben leírt négy alapszabállyal. Ezen elemzés során különös figyelmet fordítottunk arra, hogyan támogathatja vagy befolyásolhatja a 4DX módszer az örömteli szer-

¹ A PotePillars a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának stratégiai terve. 2020-ban kezdtük el a négy tervezett pillér kialakítását, amelynek célja az volt, hogy jövőképet vázoljon a következő területeken: Tanulási kultúra koncepció, Tudomány és innováció koncepció, Well-Being koncepció, Épített környezet koncepció. A pillérek kidolgozottsága nem azonos. A leginkább kidolgozott a Tanulási kultúra és a Well-Being koncepció, amelyeknek már a megvalósítása is elkezdődött a 4DX elvei és gyakorlata alapján. Mindkét meglévő pillér esetében a 4DX módszertanát kezdtük el alkalmazni a megvalósítás szakaszában.

² A szerzők által használt terminológián nem változtattunk. A saját gyakorlatunkban minden esetben meghatározzuk, hogy mit jelent a „csapat” a felsőoktatás adott szintjén, kik a (külső és belső) vevőink, munkatársaink, vezetőink stb.

vezet kialakulását. A dokumentumelemzés során a kulcsfontosságú pontokat tematikus csoportokba rendeztük, és ezek alapján vázoltuk fel a táblázatban közölt kvalitatív eredményeket. Ezen módszertani lépések révén lehetőséget teremtettünk az örömteli szervezet jellemzőinek és a 4DX módszer elemeinek összehasonlítására, és az így kapott eredményeket jelenítettük meg az 1. táblázatban.

A táblázatból látható, hogy minden egyes meggyőződés valamilyen ponton visszaköszön a McChesney és társai által összefoglalt 4DX rendszerben is. Kiemelendő, hogy a jövőkép, mint a szervezet alapja adja meg az irányt, hogy a szervezet munkatársai egy közös cél felé haladjanak, szervezzék a munkájukat, mindennapjaikat.

1. táblázat: Örömteli szervezet és a 4DX kapcsolata (Forrás: saját szerkesztés)

Meggyőződés	Örömteli szervezet	Megvalósítás 4 alapszabálya
Vízió	Jövőképre van szükség.	Jövőkép nélkül nincs LÉC.
	A jövőkép kijelöli az irányt és a legfontosabb célokat.	A felsővezetők kijelölik az irányt a LÉC-ekkel, a csapatok továbbviszik azokat.
	A szervezet összehangoltan tevékenykedik a jövőkép megvalósítására koncentrálva.	Azáltal, hogy a csapatok a saját léceiket határozzák meg, szükségszerű az összehangolt működés.
Vevők	A vevők szükségleteivel tisztában kell lennie a szervezetnek.	A módszertannál az egyének feladatainak a megválasztásánál kerül elő ez a szempont, a vezető jóváhagyása nélkül nincs feladat. Azaz ez elengedhetetlen feltétel.
	Szoros kapcsolattartás a vevőkkel, gyakori kommunikáció.	Folyamatosan kapcsolatot kell tartani a vevőkkel.
	Vevők általi elismertség.	
Munkatársak	A szervezet erőssége a munkatársakban rejlik.	A vezető és a csapat elkötelezi magát a teljesítmény magasabb szintre emelése mellett.
	Törődni kell a dolgozók személyes fejlődésével.	Amikor elkezdnek dolgozni a 4DX alapján, a csapat ellenállása enyhül, a lelkesedés nő.
	A szervezethez való kötődés érzésének megteremtése fontos.	A csapat felveszi a győztes hozzáállást, amely boldogságot okoz, a kötődés fokozódik.
Szervezet	Minimális erőforrás-veszteséggel működjön.	Az eredmények elérése érdekében a csapat céltudatosabban dolgozik, keresik teljesítményük optimalizálásának módját.
	Folyamatosan figyelik és újraértékelik a folyamatokat.	Folyamatosan átnézik az eredményjelzőt. Szükség esetén korrigálnak.
	Korszerű megoldások, költséghatékony működés.	Kreatív megoldásokat hoznak a sikerokozók előremozdítása érdekében.
Csapatmunka	Az emberek együtt többet érhetnek el. Szinergia.	A csapatban a vezető is kiemelt szerepet kap.
	A munkát csoportokban szervezik.	Csapatok dolgoznak célokon.
	Az emberekben kialakul az elkötelezettség, illetve a csapathoz, szervezethez való kötődés.	A csapattagok motiváltabbak, ha jobban be vannak vonva a stratégia megvalósításába.

Munkatársak fejlődése	A munkatársak karrierük és személyes fejlődésük elősegítése céljából lépnek be a szervezetbe.	Számolni kell azzal, hogy lesznek mintaadók, ellenállók és ígéretesek is a szervezetben.
	Az emberek segítik egymást, hogy kapcsolatokat építsenek.	A csapat tagjai segítenek egymásnak a LÉC-ek megvalósításában.
	Fejlődésük közben a szervezet iránti elkötelezettségük is nő.	A vezető feladata a megfelelő LÉC-ek jóváhagyása és ezáltal annak biztosítása, hogy az reális legyen. Minél több a sikerélmény, annál nagyobb az elköteleződés.

2. Az interjúk kutatás eredményei

A kutatás másik része a félig strukturált mélyinterjúkra fókuszált. A kari stratégia megvalósításában résztvevő 12 csapat-/projektvezetőtől vártunk véleményt a megvalósítás 4 alapszabálya módszertanának használhatóságára vonatkozóan, és 10 fő adott értékelhető válaszokat.

Az interjúk válaszait tematikus tartalom-elemzésnek vetettük alá, kulcsfontosságú témák köré csoportosítottuk őket. Az interjúk tartalmának kategorizálása lehetővé tette, hogy az egyes témák relatív gyakoriságát vizsgáljuk. Ezáltal az eredmények elemzése során a válaszokban megjelenő gyakori és kiemelkedő témákat azonosítottuk, ami fontos volt a kutatási kérdések megválaszolásához. Az interpretáció során a kategóriák jelentését szélesebb kontextusban értelmeztük. Az egyes válaszkategóriák súlyának elemzése során fókuszáltunk azokra az elemekre, amelyek kulcsfontosságúak voltak a kutatás céljait illetően. A kvalitatív tartalomelemzés során törekedtünk az érzelmi és szociokulturális kontextusok mélyebb megértésére is, ezáltal gazdagítva az eredményeket és elősegítve a kutatás szélesebb kontextusban való értelmezését.

A megkérdezettek 90%-a³ azt mondta, hogy lényegében bárhol, bármilyen szervezeti forma esetében használható ez a

módszertan. Tízből hárman indokolták azzal, hogy azért használható bárhol, mert célok mindenütt vannak, és ez a módszer a célokra épít. Egyik megkérdezett még a magánélet bizonyos területein is el tudja képzelni a módszer alkalmazását. Négy esetben megjelent a véleményekben a csapatmunka, a közös felelősség, a kölcsönös együttműködés, a célok kitűzésének lehetősége és az ezzel kapcsolatos döntési szabadság.

Általánosan a válaszadók úgy fogalmaztak, hogy „mindenkinek” ajánlanák a módszert. Hat esetben kiegészítésre került azzal a kitételrel, hogy mindenkinek, aki eredményeket szeretne elérni, egy projektet jól vezetni, mérhető hatékonyságot felmutatni, valamint támpontot szeretne a szervezet kiváló teljesítményének eléréséhez. Mindezek mellett három válaszadó más szempontokat is megjelenített. Az egyik szempont az volt, hogy „mindennek az alapja a szervezeti célok, irányok pontos, egyértelmű, mindenki számára érthető és ismert megfogalmazása”. A másik, hogy erre legyen elkötelezettségük is, a harmadik szempont pedig arra hívta fel a figyelmet, hogy azok a vezetők tudják jól alkalmazni ezt a módszert, akik „rugalmasan tudják kezelni a beosztottaikat, képesek csapatban dolgozni vezetőként is, céljuk mások megértése, más vélemények meghallgatása és esetleges elfogadása is”.

³ A százalékok óvatosan kezelendők, az alacsony elemszám miatt csak szemléltető jelleggel kerültek be a szövegbe.

A 4DX előnyei között a következőket sorolták fel az interjúalanyok: a rendszer fenntartja a motivációt (négy fő), folyamatos kommunikációt biztosít (nehézségek és akadályok átbeszélésére is lehetőség van) (hat fő), egyszerű, követhető, könnyen tanulható, világos, strukturált, a szervezet minden szintjére hat (négy fő), bevonja a munkatársakat (öt fő), ezáltal erősíti az elköteleződést, részvételt, ösztönöz a saját ötletek megvalósítására, az önálló munkavégzésre, támogatja a személyek erősségeit és fejlődésüket (három fő), lelkesít, ösztönöz, igényli a folyamatos újításokat (két fő). Ezek mellett egyénenként megjelentek még az alábbi fogalmak: a tudásbázis bővítése, csapatszellem, az együtt gondolkodás-, dolgozás képessége. A munkatársak szervezetben való működésére vonatkozó előnyök között az elköteleződés, a bizalom és az önálló munkavégzés jelent meg 70%-ban a válaszokban is. További két válaszadó emelte ki előnyként azt, hogy az egyéni tehetség kibontakozását támogatja a rendszer az ötletek megvalósíthatósága által, és ezáltal fejlődésre ösztönöz. Vagyis a válaszok nagy hangsúlyt helyeztek az egyéni fejlődésre és fejlesztésre, a jólétre, a bizalomra, a biztonságos munkakörnyezetre. Megállapíthatjuk, hogy az előnyök között felsoroltak megvalósulását a módszer világos, tiszta strukturált rendszere nagymértékben támogatja.

A módszer legfőbb hátrányát a válaszadók abban látják egytől egyig, ha azt nem jól működteti a vezető, akkor az eredménytelenséghez (csalódáshoz) vezethet (pl. nincs meg a kellő következetesség a megvalósításban, hiányzik a számonkérés stb.). Másként fogalmazva: a folyamat időigényessége, szokatlansága, egyes munkatársak esetében az alkalmatlanság, de leginkább a bevezetés kapcsán a működtetésben alkalmazott „hibák” azok, amelyek miatt a módszer nem válthatja be a hozzá fűzött reményeket. Egy válaszadó

úgy véli, hogy nem minden feladattípusra adaptálható a módszer, bizonyos esetekben túl általánosnak tekinthető.

Ami miatt a módszer a válaszadók 80%-a szerint jól működött: segítség volt a rengeteg feladat együttes kezelésére, egymás munkájának folyamatos követésére. A következetesség, amit a rendszer ad, és a motiváció fenntartása a kollégák körében szintén az alkalmazás mellett szól. Emellett a válaszadók 50%-a megemlítette azt is, hogy bizalmi légkört teremt a módszer használata, mivel egyszerűen alkalmazható, tiszta, világos keretek és átláthatóság jellemzi. Egy válaszadó így fogalmazott: „Sikerélményt ad azoknak a munkatársaknak, akik úgy érzik, megbíznak bennük, elfogadják a szakmai döntésüket. Ezáltal érzik munkájuk és személyük fontosságát a szervezeten belül, ez pedig növeli az elégedettségüket, az elkötelezettségüket és jólétüket.”

Az „egy dolog”, ami miatt a módszer nem/vagy kevésbé jól működik kérdés esetében sokféle választ kaptunk, például a LÉC-ülések gyakoriságának betartása okozta nehézség, a számonkérések ütemezése, a LÉC-ek és sikerokozók kialakítása, főleg adminisztratív feladatokhoz kapcsolódóan merült fel problémaként. Szerintük nem minden típusú feladatra és nem mindenkre adaptálható, valamint a rendszer következetes végigvitele folyamatos odafigyelést és türelmet kíván.

Összességében azt tapasztaltuk, hogy a rendszer követhetősége okozza annak legnagyobb hátrányát. Ugyan a válaszadók kiemelték azt, hogy a modell tiszta, világos és strukturált, mégis annak a valóságban történő alkalmazása gyakran nehézségekbe ütközik. A napi „forgószél” kiiktatása tehát még egy ilyen strukturált rendszerrel sem egyszerű feladat.

MEGBESZÉLÉS

Napjainkban a szervezeti és egyéni jóllét kutatása és megértése kulcsfontosságú a szervezetek számára. A felismerés lényeges, miszerint a jóllét nem csupán luxus, hanem az eredményesség, a munkahelyi elégedettség és a szervezeti immunrendszer hatékony működésének elengedhetetlen előfeltétele. A vizsgált 4DX módszertan modellje arra épít, hogy az érintettek ismerik a szervezet jövőképét, képesek azt a csapat, az egyén szintjére „lehozni”, és kialakítani azt a létfontosságú célt, amely az egyéni, és szervezeti jóllétben kiemelt szerepet játszhat. A célok ismerete a jóllét szempontjából is fontos tényező (Ryan et al, 2017). Az összehasonlító táblázatban leírtak egy ideáltipikus állapotot mutatnak be, amelynek elérésére mi is, a PTE-ÁOK-on csak törekszünk. Bármely elemet elkezdjük azonban aktívan alkalmazni, az már jelentős „mozgást” indít el, változásokat generál a szervezetben tapasztalataink szerint.

A 4DX modellje, ahogy az örömteli szervezet koncepciója is arra épít, hogy egyértelmű stratégiai iránymutatás legyen a vezetéstől. Ehhez kapcsolódva tudnak a munkatársak bevonódni, illetve elköteleződni. A megvalósítás 4 alapszabálya alapvetően a munkatársakra fókuszálva teremti meg a sikerélményt, és azt, hogy értékesnek érezzék magukat, megtalálva a munkahelyi tevékenységeikben is az örömet (Csikszentmihalyi, 1990). A 4DX – következetes megvalósítással – segíti a szervezeteket abban, hogy örömtelivé váljanak és növeljék a szervezeti jóllétet. Az örömtelivé válás folyamata kapcsán kevésbé érezzük hangsúlyosnak a munkatársak munkavégzésére való formális visszajelzések adásának fontosságát a leírtak alapján. A megvalósítás 4 alapszabálya azonban alapelemként hordozza magában az úgynevezett beszámoltatást

is, amely segíti a munkatársakat tájékozódni a rendszerben, a munkájukkal kapcsolatos visszajelzésekben, amely kiszámíthatóságot és biztonságot tud nyújtani. Mivel a rendszernek ez alapeleme és szinte észrevétlenül történik meg, így erre a fajta vezető által gyakorolt kontrollra maga a feladatok tervezése és a munkastruktúra ad lehetőséget, valamint az, hogy maguk a munkatársak is elkötelezettek a magas teljesítménynormák irányába (Farkas, Balogh, Rideg, 2015).

KÖVETKEZTETÉSEK

A cikk elején célul tűztük ki, hogy bemutassuk, egy szervezetben is beszélhetünk jóllétről. Emellett ismertettük az örömteli szervezet főbb jellemzőit és a megvalósítás 4 alapszabályát, illetve a köztük lévő kapcsolatot. Mivel a 4DX értékei, gyakorlati lépései összhangban vannak azokkal a célokkal, amelyek az örömteli szervezet fő alkotóelemei közül különösen a szervezeti kötődés nevesít, ezért a kapcsolat nyilvánvaló.

A 4DX alkalmazása a szervezetben lehetővé teszi azt, hogy a szervezet céljait alapul véve a csapat LÉC-eit a munkatársak és a vezetők együtt, közösen határozzák és valósítsák meg. Teret ad ahhoz, hogy kommunikáció jöjjön létre a munkatársak között, amely a bizalomra és a tiszteletre épít. A módszer lényegi eleme továbbá, hogy felelősséget is vállalnak a csapattagok a saját feladataik kiválasztásáért és egyben megvalósításáért. Az egyéni jóllét mellett a szervezeti jóllétet is nagymértékben támogatja a módszer.

Összefoglalva tehát, a megvalósítás 4 alapszabálya megtestesíti a Lövey és Nadkarni által leírt szervezeti kötődést, amely akkor alakul ki, ha a munkatárs azt érzi, hogy a szervezet számára ő fontos, autonóm döntéseket hozhat, azonosulni

tud a szervezeti kultúrával, és többirányú kapcsolatokat képes építeni. Hiszünk abban, hogy a munkatársak (és esetünkben egy felsőoktatási intézményben a hallgatók) adják egy szervezet gerincét és teljesítményét, azaz az emberi erőforrás a szervezeti siker kritikus meghatározó tényezője (Bakacsi, 2015).

A bemutatott modell nem csodaszer és számos egyéb feltétele van. A vezetői elköteleződés minden szinten, a bizalom-építés, a következetes megvalósítás és még sorolhatnánk e feltételeket tovább. Mindegyikkel rengeteg feladat akad, és ezek megvalósítása komoly paradigmaváltást igényel. Egy biztos: ha el sem indulunk vele, nem is jutunk sehová.

HIVATKOZÁSOK

- Bakacsi, G. (2004). Szervezeti magatartás és szervezés. Budapest, Aula Kiadó.
- Bakacsi, G. (2015). A szervezeti magatartás alapjai. Budapest, Semmelweis Kiadó.
<https://digitalia.lib.pte.hu/hu/pub/bakacsi-gyula-a-szervezeti-magatartas-alapjai-semmelweis-bp-2015-4212>
- Bakacsi, G. (2020). Leadership új megközelítésben. Előadás a PTE KTK Változás, újratervezés és fejlődés c. online tudományos konferenciáján, 2020. november 5-6.
- Bakacsi, G., és társai (1999). Stratégiai emberi erőforrás menedzsment. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Csikszentmihályi, M. (1990). Flow: The Psychology of Optimal Experience.
- Covey, S. R. (2019). Valódi nagyság: 12 eszköz sikerhez. Budapest, Harmat Kiadó.
- Covey, S. M. R., & Merrill, R. R. (2011). A bizalom sebessége. Budapest, HVG Könyvek.
- Covey, S. R. (2004). The 8th Habit: From Effectiveness to Greatness. Free Press.
- Covey, S. R. (2007). A kiemelkedően eredményes emberek 7 szokása. Budapest, Bagolyvár Kiadó.
- Craft, R. C., & Leake, C. (2002). The Pareto principle in organizational decision making. Management Decision, 40(8), 729–733. doi: [10.1108/00251740210437699](https://doi.org/10.1108/00251740210437699)
- Drucker, P. F. (1992). A hatékony vezető. Budapest, Park Kiadó.
- Durstón, I. (2007). Amit a gyerekeimtől tanultam a menedzsmentről. Budapest, HVG Kiadó.
- Farkas, F., és társai (2015). Menedzsment alapvetések és funkciók. Pécs, PTE KTK.
- Harris, P. R., & Harris, K. G. (1996). Managing effectively through teams. Team Performance Management, 2(3), 23–36. doi: [10.1108/13527599610126247](https://doi.org/10.1108/13527599610126247)
- Karoliny, M. (2009). A „TÉR”-képek színe és fonákja. A teljesítményértékelésről másként is. In: LI. Georgikon Napok – 51st Georgikon Scientific Conference: Lokalizáció – Megoldás a fenntarthatóságra? Keszthely, október 1-2.
- Károlyi, L. (2017). Üzleti Kaméleon. Budapest, Alinea Kiadó.
- Kellő, É. (Ed.) (2014). Coaching alapok és irányzatok. Budapest, Menedzsment Szakkönyvtár, Akadémiai Kiadó.
- Kennedy, P. W., & Dresser, S. G. (2001). Appraising and Paying for Performance: Another Look at an Age-old Problem. http://my.safaribooksonline.com/book/-/9781426018596/chapter-45-beyond-the-performance-appraisal/appraising_and_paying_for_perf#X2ludGVybmFsX0ZsYXNoUmVhZGVyP3htbGlkPTk3ODE0MjYwMTg1OTYvMjEz (Letöltve: 2021. május 2.)
- Lövey, I., & Nadkarni, M. S. (2003). Az örömteli szervezet. Budapest, HVG Kiadó.
- McChesney, C., Covey, S., & Hulling, J. (2017). A megvalósítás 4 alapszabálya. Budapest, Harmat Kiadó.
- Murnighan, J. K. (2013). Ne dolgozzunk mások helyett! A túlmenedzselés csapdái. Budapest, HVG Kiadó.

- Rich, G. A. (1997). The sales manager as a Role model: Effects on trust, job satisfaction, and performance of salespeople. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25(4), 319–328. doi: [10.1177/0092070397254004](https://doi.org/10.1177/0092070397254004)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press. doi: [10.1521/978.14625/28806](https://doi.org/10.1521/978.14625/28806)
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership*. Fourth Edition. San Francisco CA, Jossey-Bass.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi: [10.1037/0003-066X.55.1.5](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5)
- Thomas, K. W. (2009). *Intrinsic Motivation*. San Francisco, Berrett-Koehler Publishers.
- Titkos, C., & Nagy, N. (2020). A belső motivációs eszköztár terápiás hatása a vezetési folyamatban. In: II. Farkas Ferenc Nemzetközi Tudományos Konferencia Kötet. Pécs, PTE KTK, 593–617. Elérhető: <https://digitalia.lib.pte.hu/hu/balogh-laszlo-sipos-farkas-f-ii-nemzetkozi-tud-konf-2020-ptektk-pecs-2020-425#page/617/mode/1up>
- Torrington, D., & Hall, L. (1987). *Personnel Management – A new approach*. Hertfordshire, Prentice Hall International Ltd.
- Wiseman, L. (2017). *Multipliers: How the best leaders make everyone smarter*. Harper Business.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Varga Zsuzsanna
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs
zsuzsanna.varga@aok.pte.hu

Füzesi Zsuzsanna
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs
zsuzsa.fuzesi@aok.pte.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 11. 29.
Elfogadva: 2024. 03. 05.
Megjelentetve: 2024. 06. 12.

Copyright © 2024 Varga Zsuzsanna, Füzesi Zsuzsanna. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

VIZSGÁLATOK

Az otthoni hospice ellátás magyarországi egyenlőtlenségei – adminisztratív adatok feltáró elemzésének első járási szintű eredményei

Inequalities in hospice care at home in Hungary - results of the first district-level exploratory analysis of administrative data

Szerző: [Szöllősi Melinda](#), [Tátrai Annamária](#)

Doi: [10.58701/mej.9626](https://doi.org/10.58701/mej.9626)

Kulcsszavak: otthoni hospice ellátás; adminisztratív adatok; egyenlőtlenségek; járás; visszaélősszerű használat
Keywords: hospice care at home; admin data research; inequalities; district; misuse

Absztrakt

BEVEZETÉS: Magyarországon kevés információ érhető el az otthoni hospice ellátásról. Szociálpolitikai ellátórendszereink, így például az egészségügyi és szociális ellátórendszer, ezen belül a hospice ellátás teljesítmény-mérésének hiánya azt eredményezi, hogy mindezidáig feltáratlan, hogy a hospice betegek és hozzátartozóik szükségleteinek kielégítése mennyire tud megtörténni Magyarországon. Kutatásunk célja, hogy kiaknázzuk az otthoni hospice ellátás adminisztratív adataiban rejlő elemzési potenciált, ezen keresztül pontosabb képet kapjunk arról, hogy hogyan teljesít napjainkban az ellátórendszer, hogyan járul hozzá az ellátás végső céljához, a progresszív krónikus betegek és hozzátartozóik életminőségének javításához.

MÓDSZERTAN: Elemzésünk a NEAK 2018-as, finanszírozási céllal gyűjtött, járási szinten összesített adminisztratív adataira támaszkodik. Kimeneti változóink az otthoni hospice ellátásban jelentett betegszám járásonként, a nominális és a 10.000 főre jutó értéket vizsgálva, valamint közülük a hosszan túlélők aránya. Hosszan túlélőnek tekintettünk egy beteget, ha a 2018-as naptári évben olyan TAJ-számmra hivatkozva jelentettek ellátási eseményt, amelyhez tartozó beteg 2019 júniusában, vagyis 6-18 hónappal később még élt. Ezt a helyzetet az ellátás nem rendeltetés-szerű használatának mutatójaként értelmeztük.

EREDMÉNYEK: 2018-ban közel 8 millióan éltek olyan járásban, ahol a 10.000 főre jutó évi 134 haláleset mellett a szolgáltatói jelentések szerint 10-nél kevesebb beteg kapott ellátást. Az otthoni hospice ellátásban részesültek száma 10.000 főre vetítve 86 járásban nem éri el az 5 főt. A lakosság 37%-a, 3.652.756 fő él ezekben a járásokban, ahol az elhunytak kevesebb mint 4%-a részesült otthoni hospice ellátásban. 2018-ban a 183 járás közül, ahol volt legalább egy hospice otthoni ellátási esemény, 18-ban volt

50% feletti a hosszan túlélők aránya, amit az ellátás visszaélésszerű használataként azonosítottunk. Eredményeink azt mutatják, hogy nem történt otthoni hospice ellátás az ország minden járásában, az ellátáshoz való hozzáférésben lakóhely szerint jelentős egyenlőtlenségek mutatkoztak, az ellátásban pedig már a feltáró elemzés is felfed diszfunkcionalitást, visszaélésszerű használatot.

KÖVETKEZTETÉSEK: A feltáró elemzés első eredményei természetesen nem tudnak pontos képet adni az ellátás minőségéről és az ellátáshoz való hozzáférésről, azt ugyanakkor bizonyítani és szemléltetni képesek, hogy akár az országos, akár a megyei szintű adatfeldolgozás miért nem elégséges, és mi az a megközelítés, ami lehetőséget ad az ágazat irányítása számára, hogy a beavatkozásokat tervezni, és hatásukat azonnal mérni tudja.

Abstract

INTRODUCTION: Lack of information on hospice care at home in Hungary is evident. In the absence of performance measurement in our social policy, such as health and social care systems, means that the extent to which hospice patients and their families needs are met in Hungary remains unexplored. The aim of our research is to exploit and reach the full analytical potential of administrative data on hospice care at home to gain a more accurate picture of how the care system is performing today and how it contributes to the ultimate goal of improving the quality of life of progressive chronic patients and their families.

METHODOLOGY: Our analysis is based on the financial data of the National Health Insurance Fund, aggregated at district level in 2018. Our output variables are the number of patients reported in hospice care at home by district, looking at nominal and per 10,000 inhabitants, and the proportion of those who lived a long time after discharge. We considered a patient to live long time if a care event was reported in the calendar year 2018 for a patient who was still alive in June 2019, notably more 6-18 months after the reference period. These cases are considered in our study as misuse of the service.

RESULTS: In 2018, a population of 8 million lived in districts where admission ratio to hospice care at home was less than 10 patients per 10,000 inhabitants. Number of patients per 10,000 inhabitants is less than 5 in 86 districts. 37.0% of the population, 3,652,756 people live in these districts, where less than 4% of those who died was admitted to hospice care at home. From 183 districts with at least 1 hospice care at home care event, 18 had a rate above 50% with patients still alive long after the reference period, which we considered as misuse. Our results show that there was no hospice care at home event in all districts of the country, there were significant inequalities in access to care by place of residence, and the exploratory analysis already reveals dysfunctionality and misuse of care.

CONCLUSIONS: The initial results of the exploratory analysis cannot, of course, give an accurate picture of the quality and access to care, but they can demonstrate and illustrate why either national or county-level data analysis can effectively conceal major inequalities. Our paper argues for the approach presented here to be taken to enable governance and policy makers to plan interventions effectively and measure their impact routinely.

BEVEZETÉS

Magyarországon az egészségügyi és szociális ellátórendszerben mind az adat-szolgáltatás és adatelemzés rutinszerű gyakorlata, mind a felügyeleti és szakfelügyeleti folyamatok, mind a szakmai szervezetek anyagai és érdekképviselői tevékenysége, mind az akadémiai kutatások egyaránt kevés információt szolgáltatnak az életvégi időszakban lévő ellátásáról. Az elemző munkát az adatok minőségével, érvényességével, valamint az adatokhoz való hozzáféréssel kapcsolatos problémák is megnehezítik.

Mindezek együtt ahhoz vezetnek, hogy keveset tudunk arról, hogy hogyan teljesítenek ellátórendszereink a strukturált módon kevésbé feltárt hospice szükségletek¹ kielégítésében. Szociálpolitikai ellátórendszereink, így az egészségügyi és szociális ellátórendszer, ezen belül a hospice ellátás teljesítménymérésének hiánya azt eredményezi, hogy mindeztidáig feltáratlan, hogy a hospice szükségletekkel rendelkező betegek és hozzátartozók szükségleteinek kielégítése mennyire tud megtörténni Magyarországon.

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete tagállamainak egészségügyi kapacitásait felmérő vizsgálati jelentésében azt találjuk, hogy 2021-ben globálisan a 194 tagállam 69%-ában volt közfinanszírozott palliatív ellátás, de csak az összes tagállam 43%-a érte el szolgáltatásaival a rászoruló legalább felét lakóhelyközeli formában (World Health Organization, 2023). Európában és a magas jövedelemmel rendelkező országok között, ahová Magyar-

ország is tartozik, ez az arány 60% felett van. Ez a minden második évben felvett kérdőíves vizsgálat általánosan elérhetőnek tekint egy ellátási formát, ha az a rászoruló legalább felét eléri. A jelentés úgy fogalmaz, hogy „az európai régió az egyetlen globális szinten, ahol az országok többségében általánosan elérhető volt a palliatív ellátás²” (World Health Organization, 2020: 60.o.). Országos adatokat a jelentés nem közöl.

Egy ellátási formát elérhetőnek tekintünk, ha adott szükségletek kielégítését célzó ellátásra jogosult, vagyis a jogszabályban meghatározott minimumfeltételeknek megfelelő szolgáltató által biztosított a rászoruló számára az ellátáshoz való hozzáférés. A WHO jelentése az elérhetőséget egy 50%-os küszöb felett tekinti megfelelőnek. Az általános elérhetőségben nem csupán az ellátás fizikai elérhetősége jelenik meg (rendelő, infrastruktúra, ellátó személyzet), hanem az ellátás megfelelő kihasználtsága is (a teljesített ellátási események teljesíthetőhöz viszonyított aránya). Általánosságban elmondható, hogy ahhoz, hogy az ellátás elérhetőségének mértékét ki tudjuk fejezni, ismernünk kell két adatot,

- (1) a lakosság mekkora része rendelkezik ellátási szükséglettel,
- (2) és az ellátási szükséglettel rendelkező populációnak mekkora része számára elérhető az adott szolgáltatási formában.

Az ellátás elérhetőségét egy arányszámmal fejezzük ki, előbbi érték kerül a mutató nevezőjébe, utóbbi a számlálójába.

¹ Hospice szükségletek kifejezés alatt azokra a szükségletekre utalunk, amelyek a beteg és a hozzátartozók életvégi időszakokkal összefüggő komplex szükségletei, és amelyekre a hospice ellátás nemzetközi irányelvek és gyakorlat szerint multidiszciplináris formális választ kíván adni. Érdekes itt megjegyezni, hogy a szerzők a népegészségügyi szemléletű palliatív ellátásnak megfelelően nagy szerepet tulajdonítanak az informális válaszoknak is. Jelen tanulmányban kizárólag a hospice szükségletekre adott formális válaszokat vizsgáljuk (a népegészségügyi szemléletű palliatív ellátásról magyar nyelven ld. még Szöllösi, 2023).

² A szerzők saját fordítása.

A WHO tevékenységében a rendszerek teljesítményértékelése kiemelt terület, amely az egészségügyi rendszerek teljesítményértékelésének keretrendszerén alapszik (World Health Organization, 2022). A WHO az ezt bemutató tanulmányában az egészségügyi rendszer köztes és végső céljait a rendszer különböző funkcióira, "építőköveire" alkalmazva alakít ki a korábban létezett értékelési rendszerek megközelítéseit és tapasztalatait integráló koncepcionális keretet. A minőség itt, mint köztes cél jelenik meg, és magában foglalja a hatásosságot, biztonságot, betegközpontúságot, hozzáférést, valamint – horizontális dimenziókként – a méltányosságot és a hatékonyságot is. A tanulmány minőségdefiníciója szerint a minőség azt fejezi ki, hogy az egészségügyi rendszerek milyen mértékben járulnak hozzá az egyének vagy populációk kívánt egészség-kimeneteihez/egészségi állapotához, illetve mennyire konzisztensek aktuális orvosi ismereteinkkel (Institute of Medicine, 2001). Ugyancsak ebben a keretrendszerben az egészségügyi rendszerekhez történő hozzáférés meghatározására egy 2013-as definíciót használ a WHO, így hozzáférésen észlelt/vélt ellátási szükséglet esetén megfelelő egészségügyi szolgáltatások elérésének és igénybevételek lehetőségét érti (Levesque, Harris and Russell, 2013).

A teljesítménymérés területén megkerülhetetlen az OECD egészségügyi rendszer teljesítményértékelésére vonatkozó keretrendszere, ez az egyébként a WHO keretéhez nagyon hasonló rendszer (Arah et al., 2006). Az OECD szerint a minőség (*quality*) az egészségügyi rendszerek teljesítményének egy fő dimenziója. A minőség részletesebben azt takarja, hogy az ellátás

- (1) hatásos, azaz bizonyítékokon alapul, megfelelően szervezett ellátórendszer járul hozzá a kívánt kimenetek elérésében mindazok számára, akik-

nek erre szükségük van, és nem nyújt ellátást azok számára, akiknek arra nincs szükségük;

- (2) biztonságos, mert az ellátás során esetlegesen keletkező ártalmakat csökkenti; és
- (3) beteg-központú, mert a rendszer középpontjában a beteg áll, a rendszer a beteg szükségleteire ad választ.

Ez a keretrendszer a hozzáférést a minőségtől elkülönülő dimenzióként kezeli.

Az OECD keretrendszere azért is fontos számunka, mert a szervezet 2023 elején publikálta az életvégi ellátás teljesítménymérésének keretrendszerét (OECD, 2023). A dokumentumban az életvégi ellátás definíció szerint a beteg életének utolsó időszakában biztosított palliatív ellátást jelenti, amelybe az oki kezelés egyes elemei és a mozgásképesség támogatása is beletartozik; az ellátásban a fókusz a palliatív ellátás által biztosított fizikai, érzelmi, szociális és spirituális támogatáson van, amelyek célja elsősorban a tünetek kezelése, a hozzátartozók pszichés és mentális támogatása, de része a hozzátartozók támogatása a gyász időszakában is. A keretrendszer szerint az életvégi ellátást szervező alapelvek a

- (1) hozzáférés,
- (2) emberközpontúság,
- (3) minőség,
- (4) megfelelő finanszírozás, valamint
- (5) jó igazgatás és bizonyítékokon alapuló szervezés.

A hozzáférés akkor jó, ha megfelelő személyzettel ellátott és jól szervezett ellátórendszer, a betegek lakóhelyükön választhatják ki a nekik megfelelő ellátási formát, lehetőleg lakóhelyközeli formában, ha teljesül a méltányosság/igazságosság elve, vagyis a hozzáférés esélye nem függ szocio-ökonómiai státusztól, valamint, ha a betegek és hozzátartozók akkor kapják meg a hatékony ellátást, amikor arra szükségük van. A minőség akkor jó, ha

megfelelő, vagyis a betegek és hozzátartozóik preferenciáiknak és körülményeiknek megfelelő ellátást kapnak, ha komprehenzív, vagyis a szakmák interdiszciplináris módon működnek együtt, és elszámoltatható, azaz világosak az irányelvek, amelyeknek az ellátók a felügyeleti, ellenőrzési és szabályozási folyamatok által biztosított módon megfelelnek.

A minőség és a hozzáférés már klasszikussá vált strukturális, folyamat- és eredményindikátorai (Donabedian, 1966; Donabedian, 1988; Arah et al., 2006) területi vagy országos szintű palliatív adatkészletek elemei (Pasman és mtsai, 2009; De Roo és mtsai, 2013). Ezek elemzésével a jól működő ellátórendszerekben hónapról hónapra új eredmények és szociálpolitikai javaslatok kerülnek megfogalmazásra. Említhetünk itt egy kutatási jelentést az Egyesült Királyságból, ahol otthonukban élő betegek esetében elemzik a palliatív ügyeleti ellátás igénybevételének egyenlőtlenségeit és azok társadalmi hatását (Pask és mtsai, 2022). A kutatásban épp egy olyan adminisztratív adatokból képzett indikátort vontak be a kutatók az elemzésükbe, amely megfelelő evidenciák esetén az otthoni hospice ellátás egyik fontos indikátora lehet Magyarországon is. A beteg otthonában nyújtott hospice ellátás alatt ugyanis az utolsó három hónapban háromnál több nem tervezett kórházi felvétel az Egyesült Királyságban ma érvényben lévő szabályozása szerint azt jelzi, hogy az ellátás nem tudta betölteni célját. Az ellátórendszer definíciószerűen elégtelenül működik, ha túl magas az utolsó három hónapban a nem tervezett kórházi felvételek száma. Egy indikátor célértéktől vett eltérése esetén megfelelő visszacsatolásokkal a beavatkozásokat pontosan lehet célozni annak

érdekében, hogy az otthonukban ellátott betegek utolsó hónapjaiban minél kevesebbszer vagy egyáltalán ne forduljon elő olyan eset, amikor egy rosszul kezelt áttöréses fájdalom, egy csillapíthatatlan hányás, egy nem jól ellátott szorongás miatt jelentkező légszomj miatt bemegy a család a beteggel az ügyeletes kórházba, ahol végül a beteg meg is hal. Különösen nagy a jelentősége ennek akkor, ha kifejezett vágya volt a betegnek és a családnak is, hogy otthon együtt tölthessék az utolsó időszakot.

Vegyük ezek után szemügyre – a teljesség igénye nélkül –, hogy az elmúlt néhány évben milyen adatokat és állításokat találunk a hazai hospice ellátásról. Az Országos Onkológiai Intézet fekvőbeteg ellátásában, valamint Szentendre és környékének alapellátásában saját klinikai gyakorlatukról publikáló szerzők úgy fogalmaznak, hogy "mára az otthonápolás és a fekvőbeteg ellátás az egész országban elérhető" (Horváth és mtsai, 2022). A Pécsi Tudományegyetemen a hazai korai integrált palliatív ellátás modelljeként hivatkozott központ kutatói egy szintén 2022-es nemzetközi publikációban úgy mutatják be a nemzetközi tudományos közösségnek a magyarországi otthoni hospice ellátást, mint "amellyel a háziorvosok egyharmada mindig, a fennmaradó kétharmaduk pedig néha él"³ (Busa és mtsai, 2022: 2. o.).

Ugyanebben az időszakban egy 2021-es nemzetközi összehasonlító tanulmány rangsorában a palliatív ellátás hazai képviselőinek értékelését felhasználva Magyarország 80,8 pontot ért el a haladoklás és a halál körülményeinek minőségét mérő komplex 100 fokú skálán, ami négyes „osztályzatnak” felel meg, ezzel pedig a Föld országai között előkelő helyen állunk a kutatás eredményei szerint

³ A szerzők saját fordítása.

(Finkelstein és mtsai, 2021). Egy másik, az európai országok palliatív profilját felrajzoló és összehasonlító kiadványban Magyarország az elsők közé tartozik az otthoni hospice ellátók lakosságarányos számát tekintve még a legjobb egészségügyi ellátással rendelkező országokkal való összehasonlításban is. Az ellátóhelyek lakosságarányos száma az európai átlag feletti, az egy főre eső ópiátfogyasztás, bár szinte kizárólag a fentanil hatóanyaggal, de közel van a kontinens átlagához⁴ (Arias-Casais és mtsai, 2019). Ezekben a nemzetközi összehasonlításokban a magyar szakma akadémiai, civil vagy államigazgatási képviselőinek köréből kerülnek ki az adatközlők, előbbi esetében két anonim szakember, utóbbi esetében nevesítve a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, illetve az Egészségügyi Tudományos Tanács Hospice-palliatív ellátás Tagozatának tisztségviselői. Ezek a nemzetközi összehasonlítások részben adatokra, részben az adatközlők által kitöltött kérdőívekre, részben a velük folytatott interjúkra alapoznak.

A területen kutatók számára egy további fontos adatforrást jelentenek a hazai éves jelentések. Ezeket a hazai hospice szolgáltatókat önkéntes alapon tömörítő ernyőszervezet, a Magyar Hospice-palliatív Egyesület állítja össze és teszi közzé⁵. Ezekben a beszámolóknak az ellátás fejlettségének és fejlődésének mutatóiként olyan változókat találunk, ahol a számok évről évre növekedést mutatnak, ilyenek például a szolgáltatók

száma és az ellátásban résztvevő betegek létszáma. Bár az adatokat a jelentéshez a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban NEAK) megyei bontásban adja ki, a jelentés megyei bontást nem mutat be, kizárólag országos összesítésben készül el. A részletek feltárására vonatkozó kérdésfeltevések az ellátás elérhetőségéről és minőségéről még országos szinten sem születtek meg. Az ellátórendszer teljesítményének mérésére alkalmas strukturális, folyamat- és eredménymutatók nem a nemzetközi gyakorlatot követő módon jelennek meg ezekben az anyagokban (ld. a jelen fejezetben korábban említett palliatív adatkészleteket bemutató hivatkozott szisztematikus irodalomelemzéseket).

Jelen írásban most az életvégi időszak társadalompolitikai szintű megközelítésére irányítjuk a figyelmünket. Tanulmányunkban az otthoni hospice ellátásban a minőség és az ellátáshoz való hozzáférés járási szintű feltáró elemzésének szükségességét mutatjuk be, és ismertetjük első eredményeinket. Ezzel szeretnénk egy határozott lépést tenni az érvényes válaszok megfogalmazása felé.

Az adott infrastruktúrán belül kiemelt az adminisztratív adatok szerepe. Connelly a társadalomtudományi kutatások számára hívja fel a figyelmet az adminisztratív adatokra, bemutatva, hogy miért tekintik az adminisztratív adatokat Big Data körébe tartozónak, és milyen jelentőséggel bírnak a társadalomtudományi tudásunkban

⁴ Az ópiát fogyasztás a palliatív ellátás egy fontos mutatója, komparatív elemzésekben állandó szereplő, a nemzetközi gyakorlatban az országos indikátorkészlet része. Az ópiátok a hospice ellátásban a gyógyszeres fájdalomcsillapítás és tünetkezelés irányelveiben is szabályozott sarokkövét jelentik, a palliatív medicina a különböző ópiátokat egy sor tünet (jellemzően a fájdalom és a légszomj) kezelésében eredményesen alkalmazza. A hazai irányelvekért ld. Egészségügyi Szakmai Kollégium Hospice és palliatív Tagozatának hatályos dokumentumát (Egészségügyi szakmai irányelv a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról, link:

https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldal/szakmai_iranyelvek/szakmai_iranyelvek.)

⁵ A hazai hospice ellátásról készített éves jelentéseit a Magyar Hospice-palliatív Egyesület saját weboldalán közzéteszi, <https://hospice.hu/hospice-jelentesek>. A legfrissebb elérhető éves jelentés a kézirat lezárásakor a 2022-es évről szóló.

(Connelly és mtsai, 2016). Ezek az ún. "talált adatok" (found data) különösen sok információt tartalmaznak az egyenlőtlenségekről és a szociálpolitikák eredményességéről, más adatgyűjtési módszerekkel nehezen elérhető populációkat is reprezentálni képesek, és külön adatgyűjtés nélkül rendelkezésre állnak.

Adminisztratív adatok felhasználásakor természetesen azok természetéből fakadó nehézségekkel is számolnunk kell, kiemelten a már említett hozzáférés és adatminőség problémáival. Ezek megértése és értelmezése együtt biztosíthatja azt, hogy – ahogy Connelly fogalmaz – „az adminisztratív adatokban rejlő maximális elemzési potenciállal élni tudjunk”³ (Connelly és mtsai, 2016, 10. o.). Ebben a folyamatban kardinális kérdés annak megértése, hogy az adatok milyen céllal és milyen folyamatokon keresztül keletkeznek (Connelly és mtsai, 2016; Szöllősi 2022). A teljesség igénye nélkül felsorolt előnyökkel és hátrányokkal együttesen számolva cikkünkben szeretnénk betekintést nyújtani abba a munkába, amely szándékunk szerint elméleti és gyakorlati hozzájárulást is jelent a hazai adat-tudomány és adatvezérelt egészségügy diskurzushoz és tudáshoz, adminisztratív adatok felhasználásán keresztül.

Mivel hazánkban az ágazati irányítás felügyeleti és szakfelügyeleti folyama-
taiból, valamint a terület kutatási akti-
vitásából és a szakmai érdekképviselési
szervek elemzéseiből is hiányzik a hozzá-
férés és a minőség érdemi megfigyelése,
különös tekintettel ezek egyenlőtlen-
ségeinek azonosítása, jelen tanulmá-
nyunkban a járási szintű feltáró elemzés
első eredményeinek bemutatásával szán-
dunkuk többértű. Célunk, hogy felhívjuk a
figyelmet az egyenlőtlenségeket feltáró
adatszolgáltatás és a hozzá kapcsolódó

adatelemzés és visszacsatolás komplex
rendszerének hiányára. Célunk, hogy
szemléltessük, hogy milyen gazdag
információkat szolgáltat az adminisztratív
adatok feltáró elemzése még a jelenlegi
gyakorlat mellett is. Végül szeretnénk
rávilágítani arra is, hogy a beavatkozások
tervezése során miért fontos az általunk
alkalmazott megközelítés, valamint, hogy
a beavatkozások hatásának valós idejű
mérése valid módon csak bizonyos fel-
tételek teljesülése mellett valósulhat meg.
A rendelkezésre álló változók járási szinten
történő feltáró elemzésével az otthoni
hospice ellátás adminisztratív adataiban
rejlő elemzési potenciál minél alaposabb
kiaknázására törekszünk. A kutatás során
kiemelt fókusszal szerepel az, hogy a
korábbiaknál pontosabb képet kapjunk az
ellátásban megmutatkozó egyenlőtlensé-
gekről, és ehhez megtaláljuk a megfelelő
elemzési szintet és módszertant. A kuta-
tásnak ebben a fázisában a rendelkezésre
álló változók járási szintű feltáró elemzését
végezzük, ennek első eredményeit mutat-
juk most be.

Azért, hogy az írásunk alapját adó kérdé-
sek megválaszolásához közelebb tudjunk
kerülni, annak bemutatására vállalkozunk,
hogy milyen megközelítéssel érdemes a
feltáró elemzést elvégezni, és mi a
megfelelő elemzési egység megválasztá-
sának jelentősége. Kutatási kérdéseink,
amelyekhez adatokat gyűjtünk és mód-
szert választunk, sokrétűek. Végző soron
arra szeretnénk választ kapni, hogy vajon
biztosított-e az emberhez méltó élet
lehetősége az életvégi időszakban ma
Magyarországon? Ebben milyen szerepet
tölt be ma a hospice ellátás? Az egész-
ségügyi és szociális ellátórendszer jelen-
leg is aktívan zajló átalakítása során milyen
beavatkozások tudnak közelebb vinni
ennek a társadalmi szintű feladatnak az
ellátásához? Mire van szükség a beavat-

³ A szerzők saját fordítása.

kozások tervezéséhez és hatásuk folyamatos értékeléséhez? Hogy ezek megválaszolásához közelebb kerüljünk, közvetlenül arra keressük a választ, hogy hogyan teljesít napjainkban a hazai egészségügyi ellátórendszer a hospice szükségletek ellátásában, hogyan járul hozzá az ellátás végső céljához, a progresszív krónikus betegek és hozzátartozók életminőségének javításához? A rendelkezésre álló adatok retrospektív kritikai elemzése milyen információkat szolgáltathat számunkra korábbi ismereteinkhez képest? Milyen elemzési keret és módszertan javasolható a jelenlegi adatgyűjtés mellett az adatok értelmezésére?

MÓDSZERTAN

Az otthoni hospice ellátás lakóhelyközeli ellátás, amely kizárólag az adott település vagy kerület ellátására a NEAK-kal szerződött szolgáltatónál vehető igénybe⁷. Az elemzési egység megválasztásakor ezért a vármegyénél kisebb, de a települési szintnél nagyobb területi egységek vizsgálata mellett döntöttünk, elemzési egységként a járási szintet választottuk. Földrajzi és infrastrukturális viszonyok miatt a járási szint fontos referenciapont, az otthoni hospice ellátásra szerződő szolgáltatók is ezzel a területi egységgel összevethető léptékben működnek. Az utóbbi évek alatt a járások a jelenleg is átalakuló ellátórendszerek fontos szintjévé léptek elő, jelentőségük az egészségügyi és szociális ellátórendszerekben növekszik, helyi szinten egyre inkább koordináló- és szakmai-, illetve ellátási központként is funkcionálnak. Magyarországon 174 vidéki járás és 23 budapesti kerület alkotja a járási szerkezetet. A járások területe (200 – 1600 km²), lakosságszáma (8.000 –

240.000 fő) és a járáshoz tartozó települések száma (2 – 84 település) is jelentős különbségeket mutat hazánkban. A medián értékek alapján egy "átlagos" járás 13 településből áll és kb. 35.000 fő lakja (Tátrai, 2022).

Elemzésünk a NEAK finanszírozási céllal gyűjtött adminisztratív adataira támaszkodik, amelyeket járási szintre összesítve kértünk ki az adatgazdától. A rutinszerűen gyűjtött adminisztratív adatok fő forrásában a kötelezően dokumentált és jelentett adatok természetesen a finanszírozó számára releváns struktúrában keletkeznek. Ezeket az adatokat a NEAK belső eljárásrendje által meghatározott módon lehet kutatási céllal igényelni. Írásunkban a 2019. júniusi NEAK-hoz benyújtott adatigénylésünk nyomán az otthoni hospice ellátás 2018-as naptári évre vonatkozó adminisztratív adatainak feltáró elemzését, az elemzés kereteit és első eredményeit mutatjuk be.

Elemzésünk során viszonyítási alapként országos lakosságszámot és országos halálozási adatokat is használtunk, melyeket a KSH tett közzé⁸.

Jelen tanulmányban vizsgált kimeneti változóink az otthoni hospice ellátásban részesülő betegek száma, valamint közöttük a hosszú időn át túlélők aránya. Jelentett betegnek tekintünk minden olyan személyt, akinek TAJ számához 2018-ban legalább egy otthoni hospice ellátási esemény jelentése kapcsolódott. A jelentés szerint ellátott betegek számát a járásban nominálisan, valamint a lakosságához viszonyítva, 10.000 főre vetítve is elemeztük. Mind a nominális érték, mind a 10.000 főre vetített érték a NEAK

⁷ A mindenkorai egészségügyi szolgáltatói címlistákat, köztük az otthoni hospice ellátók listáját a NEAK a lakosság számára nyilvánossá teszi, adott rendszerességgel aktualizált verziókkal frissíti ezen az oldalon: https://neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/otthoni_hospice.

⁸ Központi Statisztikai Hivatal https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html Hozzáférés: 2023.01.11.

adatszolgáltatásakor megkapott adat, adattisztítást illetve korrekciót nem végeztünk ezeken a változókon. A 10.000 főre vetített értékek esetében fontos referenciapont számunkra az országos halálozási arány, mely 2018-ban 10.000 főre vetítve 134 fő volt (forrás: KSH)⁹. A jelentés szerint otthoni hospice ellátásban részesülő betegek között hosszú ideig túlélőnek tekintettünk egy esetet, ha a 2018-as naptári évben olyan TAJ-számmra hivatkozva jelentették le az ellátási eseményt, amelyhez tartozó beteg az adatszolgáltatás idején, azaz 2019 nyarán, az adatszolgáltatás idején még élt. Ezekben az esetekben a túlélés legalább 6-18 hónap. A NEAK által közölt adatok aggregált adatok, belőlük egyedi betegek nem azonosíthatóak. Az adatstruktúra kötött, az adatokhoz való hozzáférés nagyon korlátozott, a rendelkezésre álló adatok adott időszakokra vonatkozó túlélési adatokat tartalmaznak. A hazai otthoni hospice ellátási gyakorlat empirikus és anekdotikus adatai is arról számolnak be, hogy túl későn kerülnek a betegek ellátásba, ezért a fenti besorolás mellett döntöttünk. A hosszú időn át túlélő betegek száma NEAK adat, saját számításunk az ellátottak számára való vetítés.

Az elemzést és a vizualizációkat R-ben készítettük tidyverse, rgeos, tmap, sp, sf, devtools, readxl package-ek használatával (Tennekes, 2018; Wickham és mtsai, 2019). Az elemzés és a vizualizációk elkészítéséhez szükséges kódokat a reprodukálhatóság érdekében a <https://github.com/AnnamariaTatrai/HospiceHomeCareHungaryExploratoryAnalysis.git> oldalon tesz-

szük közzé. Az eredményeink vizualizációjának nagyon fontos kiegészítése, hogy a térképek R shiny segítségével dinamikus formában is elkészültek (Chang et al. 2024). A dashboard a szerzők társvezetésével működő ELTE Data for Good kutatócsoport honlapján érhető el <https://www.dataforgood.hu/hu/projects/életvegi-ellatas/2018MEJ>.¹⁰

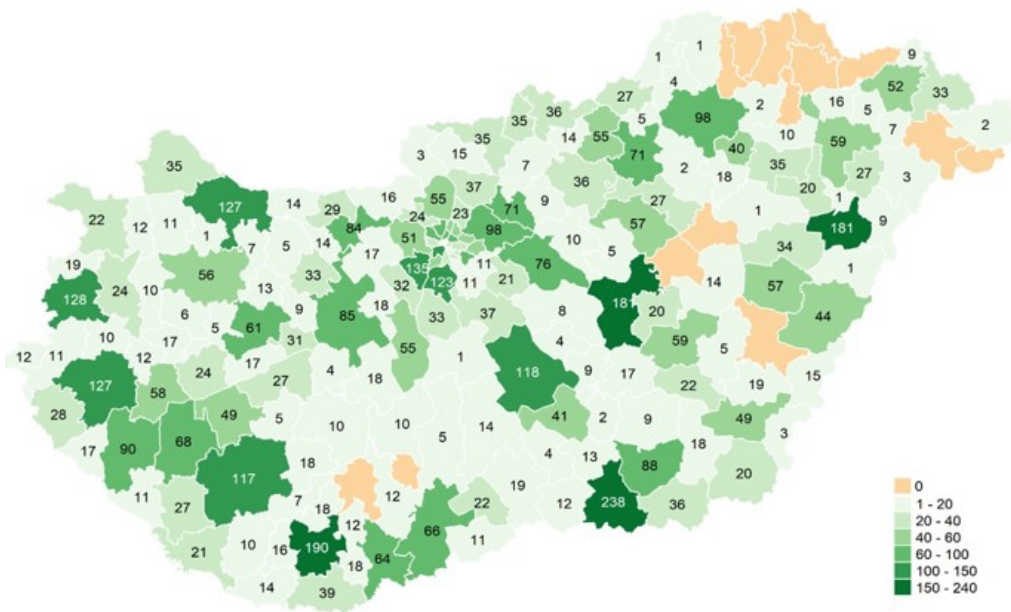
EREDMÉNYEK

A NEAK által közzétett adatok szerint 2018-ban hazánkban 64 szolgáltató összesen 85 telephelyen szerződött otthoni hospice ellátási tevékenységre. Elemzésünk szerint a 197 magyarországi járás közül 183-ban jelentettek legalább 1 otthoni hospice ellátási eseményt, míg 14 járásban egyetlen ellátási eseményt sem jelentettek. Ide tartozik Borsod- Abaúj-Zemplén vármegyében a Gönci, Encsi, Cigándi, Tokaji, Sátoraljaújhelyi, Sárospataki és Szikszói járás, Szabolcs Szatmár-Bereg vármegyében a Csengeri és Mátészalkai, Jász-Nagykun-Szolnok vármegyében a Kunhegyesi és Tiszafüredi, Tolna vármegyében a Tolnai és Bonyhádi járások, Békés vármegyében pedig a Szeghalmi járás. Ezen járások össz lakossága 2018-ban 326.775 fő, vagyis a teljes lakosság 3,3%-a olyan járásban élt, ahol a jelentési kötelezettség szerint nem történt otthoni hospice ellátás. [1. ábra] A fent említett járásokban összesen 235 település található, mindegyik településre érvényes szolgáltatási szerződéssel rendelkező, vagyis szerződött szolgáltató volt a 2018 februári adatok szerint.

⁹ Központi Statisztikai Hivatal https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html Hozzáférés: 2023.01.11.

¹⁰ A dinamikus dashboard programozását Cseri Dóra, az ELTE Társadalomtudományi Kar Survey statisztika és adatanalitika MSc képzés első évfolyamos hallgatója végezte. A programozás során a tartalmi rész és a funkcionalitás részleteit a szerzők az ELTE Data for Good kutatócsoportnál végzett szakmai gyakorlat vezetőiként irányították.

1. ábra: Otthoni hospice ellátásban jelentett betegek száma járásonként 2018-ban (Forrás: saját szerkesztés)

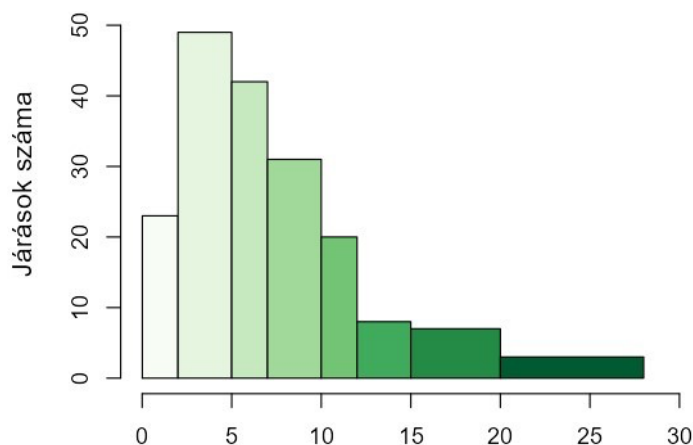


A jelentés szerint ellátásban részesülők számát 10.000 főre vetítve minden járás esetében láthatóvá válik, hogy a vizsgált évben lakosságarányosan hány beteg után jelentettek otthoni hospice ellátást az adott területen. Ez a mutatószám 0 és 28 között szóródik a magyarországi járásokban. A legmagasabb értékeket a Pétervárárai (28), Mezőtúri (22) Marcali (20) járásokban tapasztaltuk. További 10 járásban legalább 15 fő a 10.000 főre vetített érték, 28 járásban 10-15 közötti

értéket, 31 járásban 7-10 között, 42 járásban 5-7 között, 32 járásban 3 és 5 között, 25 járásban 1-3 fő közötti értéket tapasztaltunk. Tizenöt járásban a 10.000 főre vetített érték nullánál nagyobb, de nem éri el az 1 főt. Abban a további 14 járásban, ahol a jelentések szerint egyetlen ellátási esemény sem történt, a 10.000 főre vetített érték természetesen 0.

A jelentett betegek járásonkénti számának eloszlását a 2. ábra mutatja be.

2. ábra: Otthoni hospice ellátásban jelentett betegek 10.000 főre jutó száma járásonként 2018-ban, hisztogram (Forrás: saját szerkesztés)



A Központi Statisztikai Hivatal országos halálozási adatai szerint 2018-ban 10.000 főre 134 haláleset jutott¹¹, vagyis a legtöbb beteget ellátott járásokban, ahol 10.000 főre 20 feletti ápolat jut, elhunytak 15-21%-a részesülhetett otthoni hospice ellátásban. Ezen, legmagasabb ellátási arányszámokat mutató járásokban él 80.477 fő, vagyis a magyarországi lakosság 8 ezreléke.

A 3. ábrán a jelentés szerint ellátottak 10.000 főre vetített számát mutatjuk be, egész számra kerekítve.

A következőkben több küszöbérték mentén vizsgáljuk és vizualizáljuk a vizsgált mutatót. A küszöbértékek megválasztásával egy jövőbeni palliatív indikátorrendszer célértékének megválasztásával kapcsolatos döntésekhez kívánunk adalékot nyújtani. A küszöbérték alá eső járásokat otthoni hospice ellátás nélküli járásoknak minősítjük, a színek használatával is jelezve ezt, valamint összesítjük

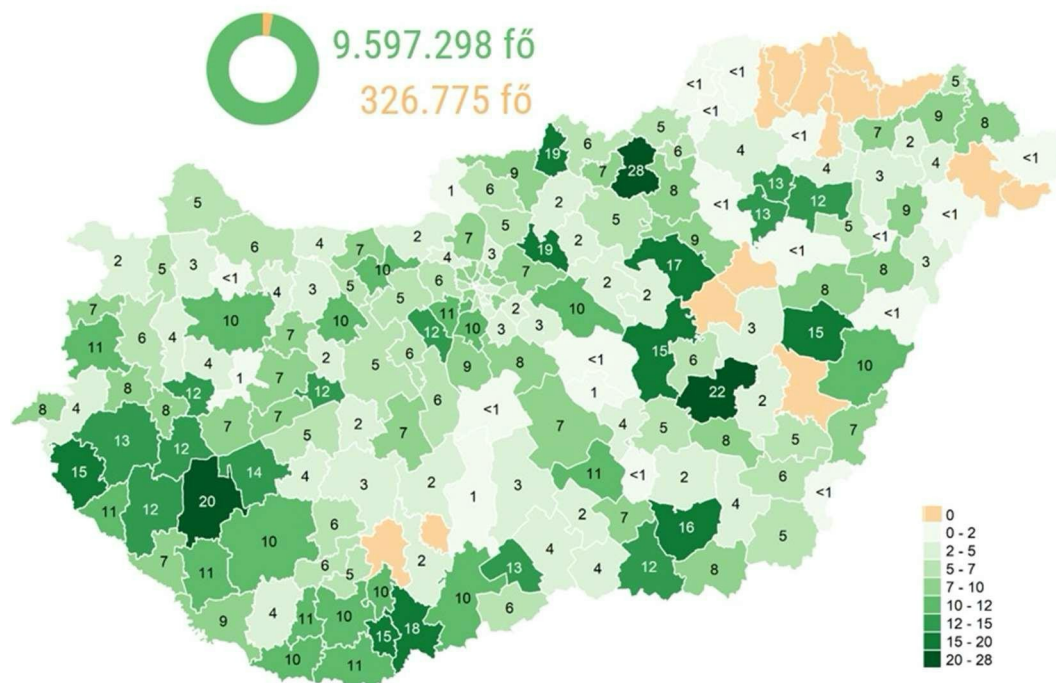
a küszöbérték alá eső járások és az érintett lakosság létszámát. [1. táblázat] A küszöbérték alatti járásokban az ellátás igénybevétele olyan alacsony, adott küszöbértéket nem meghaladó szintű, hogy a rendszerben ellátás nélküli járásoknak tekintjük ezeket, a névvel jelezve, hogy az elvárt szintet az vizsgált érték nem érte el.

Az otthoni hospice ellátásban a jelentett betegek 10.000 főre jutó száma 2018-ban (a jelentett ellátási esemény nélküli járásokkal együtt) 29 járásban nem éri el az 1 főt. A lakosság 9.0%-a, 893.285 fő él ezekben a járásokban. [4. ábra]

A jelentett betegek 10.000 főre jutó száma a 2018-as évben nem éri el az ötöt 86 járásban. E járásokban él a teljes népesség 36,8%-a, 3.652.758 fő. [5. ábra]

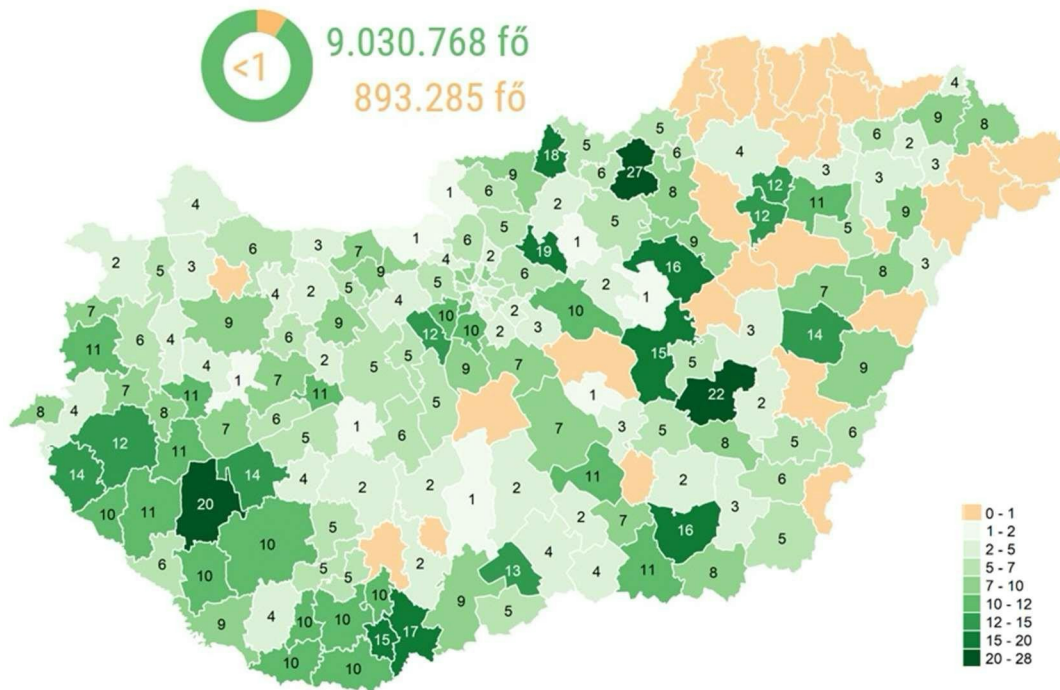
A jelentett betegek 10.000 főre jutó száma a 2018-as évben nem éri el a 10-et 159 járásban. E járások lakossága 7.909.242 fő (79.7%). (6. ábra)

3. ábra: Otthoni hospice ellátásban jelentett betegek 10.000 főre jutó száma járásonként 2018-ban (Forrás: saját szerkesztés)

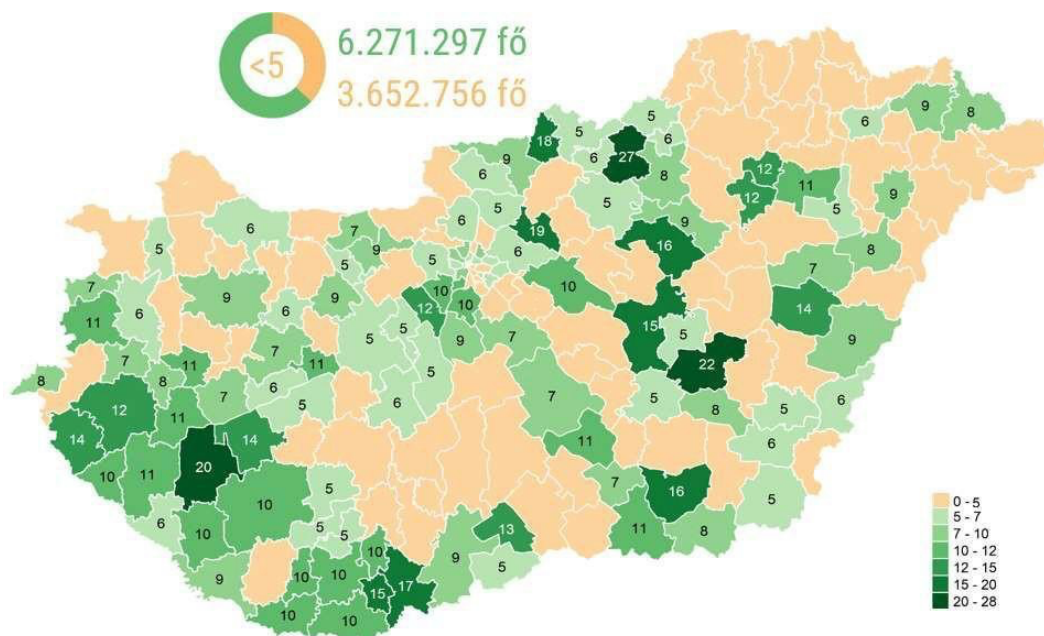


¹¹ Központi Statisztikai Hivatal https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html Hozzáférés: 2023.01.11.

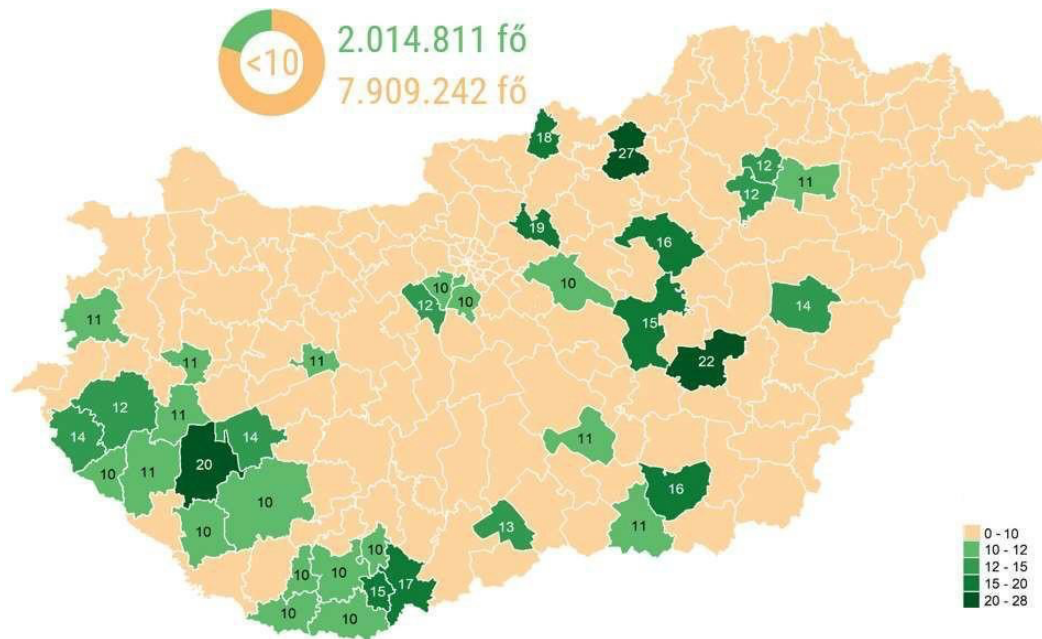
4. ábra: Otthoni hospice ellátásban jelentett betegek 10.000 főre jutó száma 2018-ban, 1-es küszöbérték. A térkép a kijelölt küszöbértékhez (1 fő jelentett beteg / 10.000 lakos) viszonyítva mutatja be az ellátáshoz való hozzáférés jelentett adatait, járási szinten összesítve. Az ábrán bemutatjuk a küszöbérték feletti és a küszöbérték alatti járásokban a lakosság létszámát, országosan összesítve. (Forrás: saját szerkesztés)



5. ábra: Otthoni hospice ellátásban jelentett betegek 10.000 főre jutó száma 2018-ban, 5-ös küszöbérték. A térkép a kijelölt küszöbértékhez (5 fő jelentett beteg / 10.000 lakos) viszonyítva mutatja be az ellátáshoz való hozzáférés jelentett adatait, járási szinten összesítve. Az ábrán bemutatjuk a küszöbérték feletti és a küszöbérték alatti járásokban a lakosság létszámát, országosan összesítve. (Forrás: saját szerkesztés)



6. ábra: Otthoni hospice ellátásban jelentett betegek 10.000 főre jutó száma 2018-ban, 10-es küszöbérték. A térkép a kijelölt küszöbértékhez (10 fő jelentett beteg / 10.000 lakos) viszonyítva mutatja be az ellátáshoz való hozzáférés jelentett adatait, járási szinten összesítve. Az ábrán bemutatjuk a küszöbérték feletti és a küszöbérték alatti járásokban a lakosság létszámát, országosan összesítve. (Forrás: saját szerkesztés)



Ez azt jelenti, hogy 2018-ban Magyarországon közel 8 millióan éltek olyan járásban, illetve kerületben, ahol a 10.000 főre jutó évi 134 haláleset mellett a szolgáltatói jelentések szerint 10-nél kevesebb beteget jelentettek otthoni hospice ellátásban. A járásokra vonatkozó részletes adatokat az Online melléklet 1. táblázatában közöljük.

Az ellátás nem rendeltetésszerű használatának indikátoraként a hosszú ideig túlélők arányát vizsgáltuk a jelentett betegek között. A 2. táblázat és 7. ábra a hosszan túlélők arányát mutatja be járásonként. Az arányszám természetesen csak azokban a járásokban értelmezhető, ahol a jelentés szerint volt legalább 1 ellátott.

A hosszan túlélők aránya a teljes lehetséges értéktartományon, vagyis 0-100% között szóródik a magyarországi járások-

ban. 45 olyan járás volt, ahol 10% alatti volt a hosszan túlélők aránya, ezekben a járásokban él a magyarországi népesség 15%-a, 1.523.481 fő, valamint ezen járásokban kapott ellátást 730 fő, az ellátottak 11,4%-a.

60 járásban, vagyis a járások közel egyharmadában 10-19% között van a hosszan túlélők aránya. Ezen járásokban él a lakosság 43%-a, 4.347.393 fő, és az ellátottak 44,3%-a, 2.842 fő. 20-29% közötti a hosszan túlélők aránya 32 járásban: az említett járások összlakossága 1.892.263 fő, itt kapott ellátást 1.542 fő, az ellátottak 24%-a. 30-49% közötti arányt tapasztaltunk 28 járásban, mely a lakosság 12%-át, 1.221.189 főt, az ellátottak 13%-át, 834 főt ölel fel.

2018-ban a 183 járás közül, ahol volt legalább egy hospice otthoni ellátási esemény, 18-ban volt 50% és afeletti a

hosszan túlélők aránya. E járások közül a Fejér vármegyei Sárbogárdi járás és a Tolna vármegyei Tamási járás a Dunántúlon található, a többi járás a Dunától keletre fekszik. Bács-Kiskun vármegyében a Jánoshalmi járás, Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében a Mezőkövesdi járás, Jász-Nagykun-Szolnok vármegyében a Mezőtúri járás, Szabolcs-Szatmár-Bereg

vármegyében a Fehérgyarmati járás. Nógrád vármegyében a Szécsényi és Rétsági járás, Heves vármegyében a Pétervásárai és Hevesi járás, valamint Hajdú-Bihar vármegye három járása (Hajdúnánási, Berettyóújfalui és Nyíradonyi járás), illetve Békés vármegye öt járása (Gyomaendrődi, Békési, Békéscsabai, Mezőkovácsházai és Orosházi járás), tartozik ide.

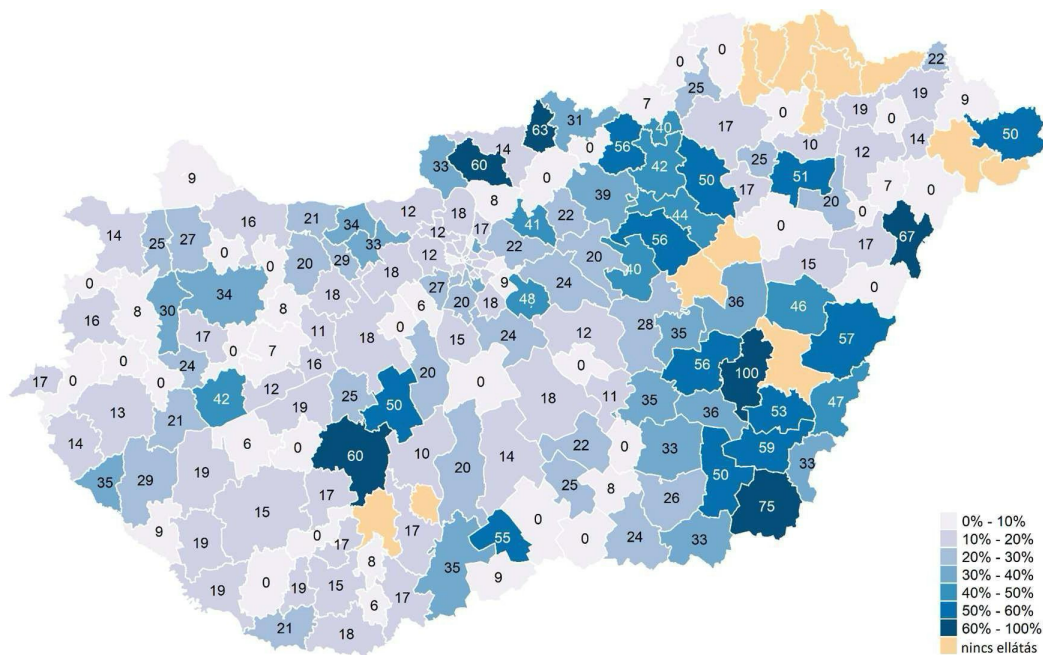
1. táblázat: Otthoni hospice ellátás mutatószámai különböző küszöbértékek mellett (Forrás: saját szerkesztés)

Az ellátás igénybevételének küszöbértéke	Küszöbérték feletti járások száma	Küszöbérték alatti járások száma	Küszöbérték feletti járásokban élő lakosság	Küszöbérték feletti járásokban élő lakosság a teljes népesség arányában	Küszöbérték alatti járásokban élő lakosság	Küszöbérték alatti járásokban élő lakosság a teljes népesség arányában
Legalább 1 beteg	183	14	9.597.278 fő	96,7%	326.775 fő	3,3%
10.000 főre vetítve legalább 1 beteg	168	29	9.030.768 fő	91,0%	893.285 fő	9,0%
10.000 főre vetítve legalább 2 beteg	160	37	8.693.372 fő	87,6%	1.230.681 fő	12,4%
10.000 főre vetítve legalább 5 beteg	111	86	6.271.297 fő	63,2%	3.652.756 fő	36,8%
10.000 főre vetítve legalább 7 beteg	69	128	3.879.972 fő	39,1%	6.044.081 fő	60,9%
10.000 főre vetítve legalább 10 beteg	38	159	2.014.811 fő	20,3%	7.909.242 fő	79,7%
10.000 főre vetítve legalább 15 beteg	10	187	389.185 fő	3,9%	9.534.868 fő	96,1%

2. táblázat: A hosszú ideig túlélők aránya a jelentett betegek között (Forrás: saját szerkesztés)

Hosszú ideig túlélők aránya	Járások száma	Járások összlakossága	A járásban ellátottak száma	Az összes ellátottakon belüli arány
0-9%	45	1.523.481 fő	730 fő	11,4%
10-19%	60	4.347.393 fő	2842 fő	44,3%
20-29%	32	1.890.263 fő	1542 fő	24%
30-49%	28	1.221.189	834 fő	13%
Legalább 50%	18	614.952 fő	474 fő	7,4%
Nincs ellátás	14	326.775 fő	0 fő	0
Összesen	197 járás	9.924.053 fő	6422 fő	100%

7. ábra: A hosszú ideig túlélők aránya a jelentett betegek között (Forrás: saját szerkesztés)



Az ellátáshoz való hozzáféréssel összefüggő jelentett betegszám és a diszfunkció vizsgált mutatóit együttesen is elemeztük, két általunk választott küszöbérték mellett. A járások csaknem felében a jelentett betegek 10.000 főre jutó száma 5 alatti. Ezeket a járásokat a korábbiaknak megfelelően otthoni hospice ellátás nélküli járásként azonosítjuk. Az országos halálozási adatok szerint 10.000 főre 134 haláleset jut, vagyis amennyiben maximum 5 a 10.000 főre jutó jelentett betegek száma, az elhunytak kevesebb, mint 4%-a kaphatott otthoni hospice ellátást. 86 ilyen járást találtunk, a magyar lakosság 37%-a, 3.652.756 fő lakik ezeken a területeken. Ezek közül összesen 3 olyan járás volt, ahol az általunk választott 50%-os küszöb feletti volt a hosszan túlélők aránya, a Nyíradonyi, Gyomaendrődi és Tamási járások.

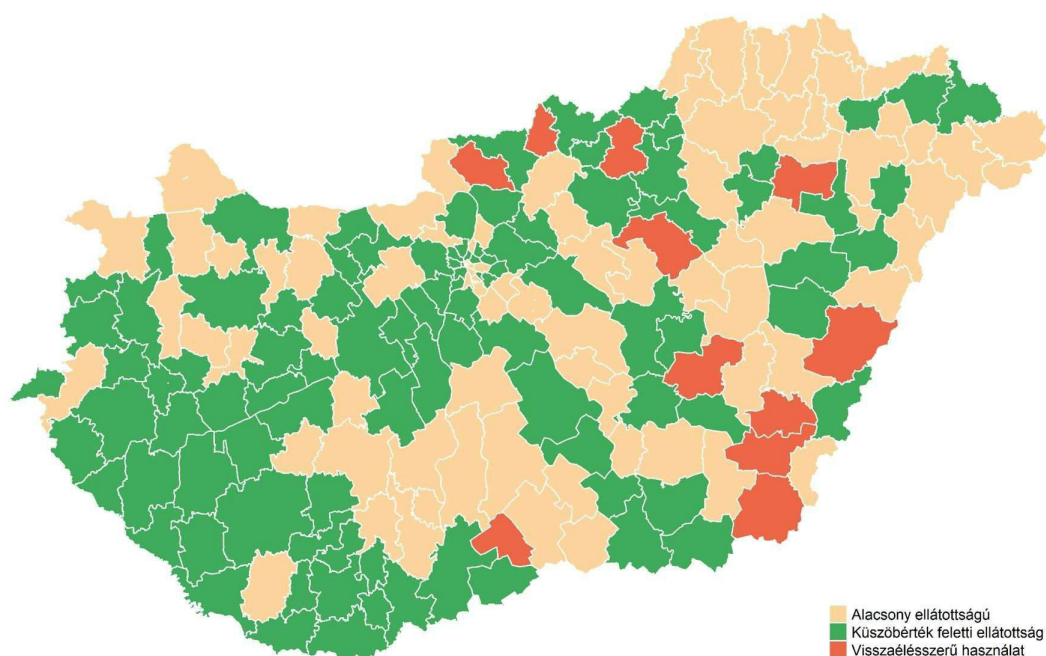
A lakosság több mint fele, 5.903.653 fő olyan járásokban lakik, ahol 5-nél nagyobb a jelentett betegek száma, vagyis az elhunytak 4-20%-a kaphatott otthoni hospice ellátást és a vizsgált mutatóban nem tapasztaltuk diszfunkció jeleit. Ezeket a területeket (100 járás) zölddel jelöltük a térképen.

A harmadik csoport olyan járásokat tömörít, amelyekben a jelentett betegek 10.000 főre jutó száma 5-nél magasabb, 50%-nál nagyobb túlélési arány mellett. Ezeket a diszfunkcionális eseteket az ellátás visszaélészerű használatának tekintjük. 11 ilyen járást találtunk, 367.644 fő él ezeken a területeken. Amennyiben egy palliatív indikátorkészlet fenti célértékek és tipológia mellett elemzi az országos adatokat, ezeket az ellátási adatokat azonosíthatja. Ezeket az eredményeket a 3. táblázat és a 8. ábra mutatja be összefoglalva.

3. táblázat: Az ellátás igénybevétele és a diszfunkció együttes elemzése 5/10.000 fő igénybevétel és 50%-nál nagyobb hosszú túlélés mellett (Forrás: saját szerkesztés)

	Járások száma	Lakosságszám	Ellátottak száma
Ellátatlan vagy alacsony ellátottságú terület (<5)	86	3.652.756 fő	921 fő
Küszöbérték feletti ellátottság (>=5), diszfunkció nélkül	100	5.903.653 fő	5.091 fő
Ellátás visszaélészerű használata (>=5)	11	367.644 fő	410 fő
Összesen	197 járás	9.924.053 fő	6.422 fő

8. ábra: Az ellátás igénybevétele és a diszfunkció együttes megoszlása (Forrás: saját szerkesztés)



MEGBESZÉLÉS

Az itt bemutatott eredményeink egyértelműen cáfolják az otthoni hospice ellátásról a bevezetésben hivatkozott állításokat és megkérdőjelezzik az adatokat, amelyekben a hivatkozott források az ország egész területén elérhető ellátási formaként pozicionálják azt. Az elérhető adminisztratív adatokra épülő empirikus elemzés ezeket az állításokat nem igazolta.

Az adminisztratív adatokra épülő járási szintű feltáró elemzésünk első eredményei azt mutatják, hogy a 2018-as évben

- (1) nem történt otthoni hospice ellátás az ország minden járásában,
- (2) az ellátáshoz való hozzáférésben lakóhely szerint jelentős egyenlőtlenségek mutatkoztak, valamint
- (3) a szolgáltatói gyakorlatban további elemzésre váró diszfunkcionalitás, visszaélészerű használatra utaló működés érhető tetten.

Bár mind az egyenlőtlenségek, mind a diszfunkciók, visszaélések pontos feltáráshoz az itt vizsgált mutatók további elemzésére és az elemzésbe további változók bevonására van szükség, azt azonban már az itt ismertetett első eredményeink alapján is kimondhatjuk, hogy Magyarországon még az otthoni hospice ellátás szempontjából legjobban ellátott területeken is nagyon kevesen részesülnek ellátásban a jelentések szerint. Kevesek számára biztosított az ellátáshoz való hozzáférés, az "ellátottsági sor" végére szoruló pedig olyan járások településein élnek, ahol senki nem kaphatott a szakma szabályai szerinti életvégi ellátást otthonában.

Bemutatott eredményeink szerint az esetek egy részében felmerül, hogy nem hospice szükségletekre reagáló otthoni hospice ellátás történik akkor, amikor a szolgáltatók otthoni hospice ellátást dokumentálnak és jelentenek. Ez a jogalkotói és finanszírozói szándéknak nem megfelelő gyakorlat. Abban az esetben, amikor nagy esetszám mellett magas egy településen a legalább 6 hónapon át túlélő betegek száma, az olyan gyakorlatról szolgált nekünk megbízható információt, amelynek magyarázata többféle lehet. Az egyik ezek közül, hogy nem az ellátás célcsoportja került otthoni hospice ellátásba. Ilyenkor valami más az ellátásba vétel, illetve a tevékenység dokumentálásának indítéka, ezekben az esetekben nem hospice szükségletekkel rendelkező, életük végén járó progresszív krónikus betegséggel élő betegek és hozzátartozóik kapnak ellátást. A visszaélésszerű használat részleteinek későbbi feltárása az ellátások pontosabb célzásának fontos eleme kell, hogy legyen.

Feltáró elemzésünket tovább folytatjuk olyan változók vizsgálatával, mint az ott-

thoni hospice ellátás alatt elhunytak száma, az ellátást követő 3 ill. 6 hónapon belül elhunytak száma, az ellátás alatt kórházban elhunytak száma, otthoni hospice ápolási napok száma, az ellátás alatt fekvőbeteg ellátásba került betegek száma, az ellátás alatti fekvőbeteg napok száma, az ellátás alatt kiváltott, háziorvos ill. más szakorvos által felírt ópiátok mennyisége, a finanszírozott multidiszciplináris tevékenységek megoszlása, az otthoni hospice ellátás után otthoni szakápolásba kerültek száma, a haláluk előtti utolsó héten ellátásba kerültek száma, a haláluk előtti héten fekvőbeteg ellátásba kerültek száma, az otthoni hospice ellátásban részesülők között a haláluk előtti 3 hónapban legalább 3 sürgősségi ellátásba kerültek száma, a járási morbiditási és mortalitási adatok, a betöltetlen háziorvosi praxisok eloszlása, valamint a fentiek jövedelmi szegénységgel és súlyos anyagi deprivációval való együttjárása.

A teljesítménymérés megfelelő ágazati irányítási szándékot, folyamatos tervezést és monitorozást igénylő folyamat. Tanulmányunkkal az otthoni hospice ellátás bizonyítékokon alapuló indikátorkészletének kialakításához kívánunk hozzájárulni, a hazai egészségügyi teljesítménymérésre kialakított, jelenleg nem használt rendszerrel, a MÉRTÉK-vel¹² kompatibilis módon (ld. még Gaál és mtsai, 2012; Szigeti és mtsai, 2012). Érdeklődésünk nem pusztán szociológiai, vagyis nem elégszünk meg a jelenségek feltáró elemzésével és leírásával, a társadalom- és szociálpolitikában a javaslatok mindig kitüntetett helyen állnak.

Mind az elemzési-, mind az adatközlési módszertan itt bemutatott megközelítése olyan lehetőségeket vet fel, amelyekre (szak)felügyeleti és finanszírozási folya-

¹² Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítmény Értékelése <https://mertek.okfo.gov.hu/> Hozzáférés: 2023.01.13.

matok során is támaszkodhat a jogalkotó, és egy alkalmas, további kutatásra érdemes megközelítésnek találjuk országos palliatív adatkészletek kialakítása és alkalmazása során is.

Kutatásunk limitációi közé tartozik, hogy az ellátórendszerrel kapcsolatos anekdotikus tudást nem formalizáltuk kutatásunknak ezen a pontján. A kérdésfeltevés szempontjából fontos információkhoz való hozzáférést nehezíti az, hogy járási szinten aggregált adatokkal dolgozunk, ezért közvetlen információink egyes betegekről nincs, ez a túlélésének idejénél megnehezíti a kutatói munkát. Az első változóink elemzésekor még nem használtunk járási szintű BNO specifikus prevalencia és mortalitási adatokat, ezért a szükségletekről sem használtunk pontos adatokat.

KÖVETKEZTETÉSEK

A hazai komprehenzív palliatív kutatások számára számos további feladatot jelölnek ki az eddigiekben tárgyalt kérdések és eredmények. Szükségesnek látszik annak feltárása, hogy az adminisztratív adatok alapján mennyiben a szolgáltatók adatjelentési gyakorlatáról tudunk következtetéseket levonni, mennyiben a dokumentációs gyakorlatról, és mennyiben az ellátási gyakorlatról. Ezen a néhány vizsgált változón keresztül is megmutatkozik annak szükségessége, hogy az adatjelentési gyakorlat az ellátási gyakorlatot minél pontosabb tükrözze. Ebben kiemelt a jogalkalmazás jelentősége, részletesen meg kell vizsgálni, hogy a jogalkotói szándék mennyiben teljesül ma, és milyen tényezők határozzák meg a jogalkalmazás teljesülését. Amikor szolgáltatói gyakorlatról beszélünk, abban

belső és külső koherenciára is törekedni kell, ehhez pedig minél részletesebben fel kell tárni a szolgáltatói gyakorlatnak az ellátással összefüggő legfontosabb tényezőit.

Még kutatásunk limitációja, hogy eredményeink kezdetlegessége mellett is látható, hogy az adminisztratív adatokhoz való megfelelő hozzáférés, elemzés és értelmezés jelentős információkat szolgáltat számunkra, és képes rámutatni az ellátásban tapasztalt jelentős egyenlőtlenségekre, problémákra, esetleges diszfunkciókra. Az eredmények értelmezése nagy felelősség, amelyet megfelelő kérdésfeltevással, érvényes és megbízható adatokkal és megfelelő elemzési módszertannal kell megalapozni.

Elemzésünkre egy nagyobb ívű kutatómunka részeként tekintünk, deklarált célunk, hogy hozzájáruljunk az egészségügyi- és szociális ellátórendszerben a teljesítménymérés, az evidenciákon alapuló indikátorrendszerek bevezetéséhez és rutinszerű használatához.

Bár az egészségügyi finanszírozás hazánkban részben nem eredményalapú, történnek a jogalkotásban olyan lépések, amelyek aktualitást adnak a teljesítményméréssel kapcsolatos kutatásoknak. Ezek között említjük itt, hogy 2023-ban életbe lépett a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről szóló 83/2022.(XII.30.) BM rendelet¹³, amelynek célja a minőségi és hatékony teljesítmény ösztönzése egy kiegészítő díjazáson keresztül. Vizsgálni szükséges, hogy a házi orvosi teljesítménymérésben hogyan lehet az otthoni hospice ellátási szükségletek kielégítését, az ellátáshoz való hozzáférést, valamint az ellátás minőségének javítását ösztönző módon

¹³ 83/2022. (XII. 30.) BM rendelet a házi orvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről
<https://njt.hu/jogszabaly/2022-83-20-0A> Hozzáférés: 2023.01.01.

integrálni, amelyhez feltáró elemzésünkben alkalmazott megközelítés megfelelő háttérrel biztosít.

Az adminisztratív adatokra épülő elemzéseknek az is jelentős előnyük, hogy az adminisztratív adatok a beavatkozások hatásának folyamatos visszamérésére is lehetőséget adnak. A hospice szükségletek komplex jellegénél, az ellátás interszektoralis és multidiszciplináris természeténél fogva a szociális és egészségügyi ellátórendszer számára hasznosítható evidenciákat és tapasztalatokat szolgáltathat ez a munka.

Bár az ellátás ma Magyarországon alulfinanszírozott¹⁴, a jelenlegi szabályozás, a közfinanszírozott otthoni hospice ellátási napidíj mellett valódi multidiszciplináris életvégi ellátást lehetetlen végezni, meggyőződésünk, hogy az ellátás finanszírozásának változatlan környezet mellett emelése jó eséllyel rögzíti a jelenlegi rossz gyakorlatokat és mechanizmusokat, ezzel a hozzáférésben és minőségben tapasztalt egyenlőtlenségek további növekedéséhez vezethet. Jelenleg is vizsgáljuk az egyenlőtlenségek időbeli alakulását, a megfigyelt jellegzetességek mögött azonosítható okokat, továbbá szeretnénk megérteni azt is, hogy milyen erők, érdekeltségek és mechanizmusok tartják fenn az otthoni hospice ellátás ma megfigyelhető jellegzetességeit.

Kutatásunknak végső soron az a célja, hogy megértsük, hogyan lehet az ellátórendszert a hozzáférés és ezen keresztül az esélyek kiegyenlítése felé mozdítani. Az általunk most vizsgált két változó esetében is nagyon összetett feladat annak megértése, hogy miért tapasztalhatjuk az adott jelenségeket, miért alacsonyabb egy járásban az ellátottak aránya, máshol miért magasabb, miért kerül valahol kevés hosszán túlélő beteg az ellátásba, máshol miért találunk sok ilyen betegre utaló adatot.

Ezeknek az összefüggéseknek a feltárása nélkül lehetetlen a beavatkozásokat megtervezni, ehhez igyekszünk az első lépést megtenni, amikor alapos feltáró elemzést készítünk. Ma Magyarországon az otthoni hospice ellátásra fordított éves közkiadás részben az alulfinanszírozottság, részben a szolgáltatók száma és a szolgáltatói kapacitások miatt a NEAK éves előirányzatai és kifizetései szerint 1 milliárd forint körül mozog, a 2024-es évre vonatkozó előirányzat is ebben a nagyságrendben marad¹⁵, az állam költségvetésében ez az összeg jelentéktelen tétel. Reméljük, hogy politikai és szakmapolitikai szinten is sikerül felismerni a progresszív krónikus betegekkel és hozzátartozóikkal kapcsolatos feladatainkat és elmaradásainkat, különös tekintettel az életvégi időszakra.

¹⁴ A Kézirat lezárásakor a 4 700 forintos otthoni szakápolási alapidíj 120%-a, azaz 5 640 forint az otthoni hospice ellátás napidíja. A tanulmány alapjául szolgáló 2018-as időszakban ez a napidíj 4 400 forint, forrás: http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok. Hozzáférés: 2024.04.08.

¹⁵ A teljesített kifizetésekről a NEAK nyilvános adatszolgáltatásában tájékozódhatunk a szervezet szakmai oldalain, forrás: http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok. A 2024-es előirányzatot a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól tartalmazza, forrás: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor>. Hozzáférés: 2024.04.08.

HOZZÁJÁRULÁS

Sz.M. konceptualizálta a kutatást, végezte az irodalomlemezést, és tervezte a kutatási protokollt. Sz.M. és T.A. közösen operacionalizálták a kutatást, tervezték a módszertant, végezték az adatelemzést és tervezték meg a publikációt. Saját kódjaival T.A. végezte R-ben az adatok térképes elemzését Sz.M. részvételével. Sz.M. és T.A. közösen alakították ki a térképes adatvizualizációt, az ábrákat és táblázatokat Sz.M. és T.A. közösen készítette. Sz.M. a Bevezetés, Eredmények értékelése és Következtetések fejezet

szerzője, T. A. és Sz.M. a Módszertan és Eredmények fejezetek szerzői. A kézirat végleges formáját mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

ADATOK KÖZZÉTÉTELE

Az elemzés alapját képező teljes adattáblát, az elemzésünk eredményeit bemutató táblázatokat és ábrákat, valamint az R kódokat közzéteszük a <https://github.com/AnnamariaTatrai/HospiceHomeCareHungaryExploratoryAnalysis.git> oldalon.

HIVATKOZÁSOK

- Arah, O.A. et al. (2006) 'A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), pp. 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>.
- Arias-Casais, N. et al. (2019) *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>.
- Busa, Cs., Pozsgai, E., Zeller, J., & Csikós, Á. (2022). Who should talk with patients about their end-of-life care wishes? A nationwide survey of the Hungarian population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 40, 157–164. <https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2057055>
- Connelly, R., Playford, C.J., Gayle, V., & Dibben, C. (2016). The role of administrative data in the big data revolution in social science research. *Social Science Research, Special issue on Big Data in the Social Sciences* 59, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.04.015>
- Chang W, Cheng J, Allaire J, Sievert C, Schloerke B, Xie Y, Allen J, McPherson J, Dipert A, Borges B (2024). shiny: Web Application Framework for R. R package version 1.8.1.9000, <https://github.com/rstudio/shiny>. <https://shiny.posit.co/>
- De Roo, M.L., Leemans, K., Claessen, S.J.J., Cohen, J., Pasman, H.R.W., Deliens, L., & Francke, A.L. (2013). Quality Indicators for Palliative Care: Update of a Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 46, 556–572. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* Vol. 44, 166–203.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* 260, 1743. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Finkelstein, E.A. et al. (2021) 'Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021', *Journal of Pain and Symptom Management*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>.
- Gaál, P., Szigeti, Sz., Evetovits, T., & Lindelsz, F. (2012). Az egészségügyi rendszerek teljesítménymérésének koncepcionális kérdései. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 50. évfolyam, 7–15.
- Horváth, O., Rácz, K., Jakus, N., Kegye, A., & Hegedűs, K. (2022.) A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. *Orvosi Hetilap* 163, 1520–1527. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32561>
- Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>.

- Levesque, J.-F., Harris, M.F. and Russell, G. (2013) 'Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations', *International Journal for Equity in Health*, 12, p. 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
- OECD (2023) *Time for Better Care at the End of Life*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/time-for-better-care-at-the-end-of-life_722b927a-en.
- Pask, S., Davies, Joanna M, Mohamed, A., Leniz, J., Chambers, R.L., McFarlane, P., Bone, A.E., Barclay, S., Higginson, I.J., Sleeman, K.E., & Murtagh, F.E. (2022). *Better End of Life 2022 Mind the gaps: understanding and improving out-of-hours care for people with advanced illness and their informal carers. Research report*. Marie Curie, London UK.
- Pasman, H.R.W., Brandt, H.E., Deliens, L., & Francke, A.L. (2009). Quality Indicators for Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 38, 145-156.e21. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.008>
- Szigeti, Sz., Gaál, P., Mihalicza, P., Evetovits, T., & Pusztai, Zs. (2012). Javaslatok a teljesítményértékelési rendszer intézményesítésére a magyar egészségpolitika intézményrendszerében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 50. évfolyam, 31-34.
- Szöllősi, M. (2022). Adatfejlesztés a teljesítménymérés szolgálatában. Előadás XVI. IME Országos Egészség-gazdaságtani Konferencia, Budapest, 2022.06.29.
- Szöllősi M., 2023. Könyvismertetés: Mire tanít ma a palliatív ellátás? *Multidiszciplináris Egészség és Jólét* 1, 100-106. <https://doi.org/10.58701/mej.12870>
- Szöllősi, M., Tátrai, A., 2023. Adminisztratív adatok elemzésének tapasztalatai a hospice ellátásában. Előadás *Válságról válságra, Magyar Szociológiai Társaság Vándorgyűlése, Budapest, 2023. november 18.* <https://drive.google.com/file/d/1r8lSiFas8vfl6hn7ZrJgl4B5PV2REpA/view>
- Tátrai, A. (2022). Magyarország szegénységi térképe. in Kolosi, T., Szelényi, I., Tóth, I. Gy. (szerk. 2022): *Társadalmi Riport 2022*. Budapest: TÁRKI
- Tennekes, M. (2018). tmap: Thematic Maps in R. *J. Stat. Soft.* 84. <https://doi.org/10.18637/jss.v084.i06>
- Wickham, H., Averick, M., Bryan, J., Chang, W., McGowan, L., François, R., Grolemond, G., Hayes, A., Henry, L., Hester, J., Kuhn, M., Pedersen, T., Miller, E., Bache, S., Müller, K., Ooms, J., Robinson, D., Seidel, D., Spinu, V., Takahashi, K., Vaughan, D., Wilke, C., Woo, K., & Yutani, H. (2019). Welcome to the Tidyverse. *JOSS* 4, 1686. <https://doi.org/10.21105/joss.01686>
- World Health Organization (2020) Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. World Health Organization, Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331452/9789240002319-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization (2022) *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352686>.
- World Health Organization (2023) Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 global survey. World Health Organization, Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370423/9789240071698-eng.pdf?sequence=1>.
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor>
Hozzáférés: 2024.04.08.
- 83/2022. (XII. 30.) BM rendelet a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről <https://njt.hu/jogszabaly/2022-83-20-0A> Hozzáférés: 2023.01.01.
- https://hospice.hu/docu/Osszefoglalas_a_2020_evi_hospice_betegellatasrol.pdf. Hozzáférés: 2023.01.12.
- https://hospice.hu/docu/Osszefoglalas_a_2021_evi_hospice_betegellatasrol.pdf. Hozzáférés: 2023.04.05.
- https://hospice.hu/docu/Osszefoglalas_a_2022_evi_hospice_betegellatasrol.pdf. Hozzáférés: 2024.01.31.
- https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html Hozzáférés: 2023.01.11.
- <https://mertek.okfo.gov.hu> Hozzáférés: 2023.01.13.
- https://neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/otthoni_hospice. Hozzáférés: 2023.01.12.
- http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat Hozzáférés: 2024.04.08.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönjük a NEAK Ellátási főigazgató-helyettesének és a NEAK Általános Finanszírozási Főosztály Alapellátási Osztályának a kutatás során nyújtott szakmai támogatását. A tanulmány alapjául szolgáló kutatás és a cikk írása alatt SzM nappali tagozatos doktori hallgatóként állami ösztöndíjban részesült. Specifikus támogatást a szerzők a cikk megírásához nem vettek igénybe.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Szöllősi Melinda

Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar Szociológia Doktori Iskola Szociálpolitika Program,
ELTE Data for Good kutatócsoport, Pallium Intézet, Budapest
szollosimelinda@gmail.com

Tátrai Annamária

Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar Empirikus Tanulmányok Intézete Statisztika
Tanszék, ELTE Data for Good kutatócsoport, Budapest

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 01. 13.

Elfogadva: 2024. 04. 11.

Megjelentetve: 2024. 06. 12.

Copyright © 2024 Szöllősi Melinda, Tátrai Annamária. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület.
Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

VÉLEMÉNYEK

Nem? Nem. Társadalmi nem! Avagy biológiai nemi vagy társadalmi nemi (genderbeli) egy vizsgálatban megfigyelt különbség?

Sex? No. Gender!

Or is there a sex or gender difference being observed in a study?

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.15241](https://doi.org/10.58701/mej.15241)

Kulcsszavak: társadalmi nem; nemi különbségek; egyenlőtlenségek

Keywords: gender; gender differences; inequalities

A cikk a szerző álláspontját tükrözi, ami nem feltétlenül egyezik meg a szerkesztőség véleményével.

Absztrakt

BEVEZETÉS: A társadalmi nem a nők, férfiak, lányok és fiúk társadalmilag konstruált jellemzőire utal. Ez magában foglalja a női, férfi, lány vagy fiú mivoltához kapcsolódó normákat, viselkedési formákat és szerepeket, valamint ezek egymáshoz való viszonyát. Mint társadalmi konstrukciók, a nemek és a nemi szerepek társadalmanként eltérők, és idővel változhatnak.

VÉLEMÉNY: Bár sokan a nemi különbségek, egyenlőtlenségek hátterében biológiai eltéréseket feltételeznek, tengernyi bizonyíték gyűlt már össze arról, hogy a társadalmi környezet eltérően befolyásolja a nők és a férfiak egészségét. A nemi különbségek vizsgálatakor emiatt hasznos észben tartani, hogy a biológiai tényezőkön túl, egyéb társadalmi hatások is szerepet játszhatnak. Hiszen a társadalmi nem szempontjainak figyelembevételével végzett elemzések olyan eredményekre vezethetnek, amelyek a módosítható befolyásoló tényezőkre irányuló beavatkozások révén hatásosabb (nép)egészségügyi beavatkozások tervezését teszik lehetővé, ezáltal javítva a népesség egészségét és csökkentve az egyenlőtlenségeket.

KÖVETKEZTETÉSEK: Már a vizsgálatok tervezésekor, előkészítésekor érdemes feltételezni, hogy a nemi eltéréseket nemcsak biológiai, hanem társadalmi hatások is okozhatják. Olyan vizsgálati módszertant célszerű kialakítani, ami alkalmas a nemi különbségeket okozó társadalmi tényezők hatásának kimutatására. Az ily módon nyert információk nemcsak jobban elősegítik a jelenség mélyebb megértését, de várhatóan eredményes intervenciók tervezésére is lehetőséget kínálnak.

Abstract

INTRODUCTION: Gender refers to the socially constructed characteristics of women, men, girls and boys. It includes the norms, behaviors and roles associated with being a woman, man, girl or boy, and their relationships with each other. As a social construct, gender varies from society to society and can change over time.

OPINION: Although many people assume that biological differences underlie gender differences and inequalities, there is a wealth of evidence that the social environment affects the health of women and men differently. When examining gender differences, it is therefore useful to consider social influences other than biological factors, as analyses that take into account aspects of social gender may yield results that can achieve better outcomes and reduce inequalities through interventions targeting modifiable determinants.

CONCLUSIONS: In the design and preparation of studies, it should be taken into account that gender differences may be due to social as well as biological influences. A research methodology should be developed that is capable of detecting the impact of social factors that cause gender differences. The information thus obtained will not only contribute to a better understanding of the phenomenon, but should also provide an opportunity to design effective interventions.

BEVEZETÉS

Egy tudományos nyelvhasználatot támogató portálon (Editage Insights, 2017) az alábbi kérdésre keresett valaki választ:

„Én az epidemiológia területén végzek kutatásokat, de a barátom szociológus. Azt mondja, hogy kerüljem a "sex" szót, és használjam helyette a "gender" szót.¹ A PubMed-en azonban sok olyan cikket találok, amelyek a "sex" szót használják. Mikor helyes a "sex" használata, és mikor használjam a "gender"-t?”

A portál működtetői a következő választ adták:

„Érdekes módon sok kutató nem biztos ebben! Íme, egy rövid magyarázat a kettő közötti különbségről: az Egészségügyi Világszervezet szerint a "sex" a férfiakat

és nőket meghatározó biológiai és fiziológiai jellemzőkre, a "gender" pedig azokra a társadalmilag kialakított szerepekre, viselkedésekre, tevékenységekre és tulajdonságokra utal, amelyeket egy adott társadalom a férfiak és nők számára megfelelőnek tart. A "sex" tehát egy biológiai és fizikai változó, míg a "gender" egy társadalmi, kulturális és pszichológiai változó. Konkrétabban fogalmazva, a „sex” az élőlények – általában férfi vagy nő – kromoszómák által meghatározott reprodukív szerveik és funkcióik alapján történő osztályozására utal, a "gender" pedig arra, hogy egy személy önmagát férfiként vagy nőként reprezentálja, vagy arra, hogy a társadalmi intézmények hogyan reagálnak erre a személyre. Bár a "gender" a biológiában gyökerezik, a környezet és a tapasztalatok is befolyásolják. ...

¹ Magyarra az angol sex-et biológiai nemre, a gender-t társadalmi nemre fordítom

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A nemi különbségek kialakulásában legtöbbször társadalmi tényezők is szerepet játszanak.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Számos kutatás igazolja, hogy a társadalmi környezet eltérően befolyásolja a nők és a férfiak egészségét.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Ez az írás példák bemutatásával illusztrálja hogyan vizsgálhatók a nemi különbségeket befolyásoló társadalmi tényezők, és rámutat, hogy ezek feldeírítése lehetőséget kínál az egészséget javító és egyenlőtlenségeket csökkentő hatásosabb beavatkozások tervezésére.

Fontos odafigyelni ezeknek a kifejezéseknek a helyes használatára, mivel a helytelen használat miatt az olvasók téves képet kaphatnak a kutatásról. Nézzünk egy példát arra, hogyan lehet ezeket a szavakat félreértelmezni. X kutató Y országban vizsgálja az alultápláltságot, és arról számol be, hogy Y országban a "sex" az alultápláltság fontos kockázati tényezője. Ebből a megfogalmazásból úgy tűnik, hogy az adott ország nőtagjai genetikai vagy biológiai hajlamot mutatnak az alultápláltságra. Valójában azonban X kutató azt akarja mondani, hogy Y ország erősen patriarchális társadalom, amelyben a férfiak esznek először, és a nőknek csak a maradék étel jut; ez a gyakorlat hajlamossá teszi a nőket az alultápláltságra. Ha egy Y országból származó nő egy egyenlőbb társadalomba vándorol, ahol egyszerre lehet, mint a családjában élő férfiak, akkor valószínűleg nem fenyegeti nagyobb

alultápláltsági kockázat, mint férfi rokonait. Ebben az esetben a női "gender", nem pedig a "sex" lenne a megfelelőbb kifejezés.

Röviden, fontos megérteni a "sex" és a "gender" közötti különbséget a tudományos írásokban, már csak a pontosabb beszámoló érdekében is. Remélem, ez a magyarázat segít."

MIBEN KÜLÖNBÖZIK A BIOLÓGIAI NEM A TÁRSADALMI NEMTŐL?

Mielőtt továbbmennénk, érdemes a társadalmi nem fogalmának kissé részletesebb kibontását az Egészségügyi Világszervezet (WHO, n.d.) értelmezésében tanulmányozni:

„A társadalmi nem a nők, férfiak, lányok és fiúk társadalmilag konstruált jellemzőire utal. Ez magában foglalja a női, férfi, lány vagy fiúi mivoltához kapcsolódó normákat, viselkedési formákat és szerepeket, valamint az egymáshoz való viszonyukat. Mint társadalmi konstrukció, a nemek társadalmanként eltérőek, és idővel változhatnak.

A társadalmi nem hierarchikus, és olyan egyenlőtlenségeket eredményez, amelyek más társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségekkel is összekapcsolódnak. A társadalmi nem alapú megkülönböztetés összefonódik a megkülönböztetés egyéb tényezőivel, mint például az etnikai hovatartozás, a társadalmi-gazdasági státusz, a fogyatékoság, az életkor, a földrajzi elhelyezkedés, a nemi identitás és a szexuális irányultság. Ezt nevezzük intersekcionalitásnak (interakciónak).

A társadalmi nem kölcsönhatásban van a biológiai nemmel, de különbözik attól, hiszen az a nők, férfiak és interszexuális

személyek különböző biológiai és élettani jellemzőire utal, mint például a kromoszómák, hormonok és szaporítószervek. A biológiai nem összefügg, de egyúttal különbözik is a nemi identitástól. A nemi identitás a személy mélyen átélt, belső és egyéni, társadalmi nemmel kapcsolatos tapasztalataira utal, amely nem feltétlenül felel meg a személy élettani vagy a születéskor meghatározott biológiai nemének.

A nők és lányok egészségét és jólétét veszélyezteti a társadalmi nemi egyenlőtlenség és a diszkrimináció. A nők és lányok gyakran nagyobb akadályokkal szembesülnek az egészségügyi információkhoz és szolgáltatásokhoz való hozzáférés terén, mint a férfiak és fiúk. Ezek közé az akadályok közé tartoznak a mobilitás korlátozása, a döntéshozatalhoz való hozzáférés hiánya, az alacsonyabb írás-olvasási arány, a közösségek és az egészségügyi szolgáltatók diszkriminatív hozzáállása, valamint az egészségügyi szolgáltatók és az egészségügyi rendszerek képzésének és tudatosságának hiánya a nők és lányok sajátos egészségügyi szükségleteivel és kihívásaival kapcsolatban.”

A TÁRSADALMI NEM ÉS A NEMI IDENTITÁS KAPCSOLATA

A szexualitás témájához kapcsolódó különböző kifejezéseket – mint például a biológiai nem, a társadalmi nem, nemi identitás – gyakran eltérő értelemben használják. A választott témánk szempontjából a társadalmi nemmel szorosan összefüggő nemi identitás egymástól való megkülönböztetése érdemel külön figyelmet. Ez azért is lényeges, mert az angol *gender* kifejezést például önmagában is gyakran használják a nem identitás jelölésére is (lásd később). Az Európa

Tanács honlapján ezt olvashatjuk: „A nemi identitás arra utal, hogy valaki melyik társadalmi nemhez tartozónak érzi magát. Ez nem mindig azonos a születéskor megállapított biológiai nemmel. Az egyén nemmel kapcsolatos, belsőleg mélyen átélt szubjektív megélését jelöli, mely magában foglalja az adott ember saját testével kapcsolatos érzékelését, valamint a nemi identitás kifejezésének különböző formáit, mint például az öltözködés, beszéd- és viselkedésmód.” (Council of Europe, n.d.) Míg a társadalmi nem az adott közösség szintjén meghatározott, addig a nemi identitás az egyén szintjén. Míg a társadalmi nem kulturális, gazdasági, jogi és intézményi tényezőkön keresztül hat az egyénre, addig a nemi identitás – a társadalmi nemtől befolyásolva – meghatározza az egyén gondolkodását, viselkedését, ezáltal testi és lelki egészségét is. (Vitrai, 2023) Másként fogalmazva, a társadalmi nem hatása nemcsak közvetlenül, hanem a nemi identitáson keresztül is beépül az egyén testébe. (Vitrai és Tarkó, 2023)

MIÉRT KÜLÖNBÖZTESSÜK MEG?

Kanyarodjunk vissza ahhoz a kérdéshez, miért fontos megkülönböztetni a biológiai és a társadalmi nemet. A magyar olvasó X kutató és Y ország fenti példáját egzotikusnak találhatja, bár az, hogy a háziasszony utolsóként és állva kezdi elfogyasztani az ebédjét, olvasmányaink alapján ismerősnek tűnhet.

Nemcsak a szakemberek számára ismert tény, hogy Magyarországon a férfiak előbb halnak meg, mint a nők (a férfiak esetében a várható élettartam 72,6 év, a nők esetében 79,1 év volt 2022-ban²). Ennek hátterében azonban nem kizárólag a biológiai nemükhöz kapcsolódó okok állnak, amint azt például Kopp és munkatársai (2005)

² https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html

kimutatták. Eredményeik szerint például a házastárs szubjektív társadalmi státusza, azaz vélt társadalmi szerepe erősebben összefüggött a halálozással a férfiak esetében, mint a nőknél. Jól ismert az is, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők, mint az iskolázottság, vagy a jövedelmi helyzet – mint nem biológiai tényezők – hatással vannak a halandóságra (Bakacs és Vitrai, 2008; Szántó és Susánszky, 2010, Kollányi, 2023). Mivel a nők és férfiak társadalmi-gazdasági helyzete gyakran eltérő, ezért a két nem különböző halálozási esélyét e tényezők is befolyásolják. Ha tehát a halálozási egyenlőtlenséget csupán biológiai okokra vezetjük vissza, azaz csak a biológiai nemi különbségeknek tulajdonítjuk, figyelmen kívül hagyunk számos oki tényezőt, aminek következtében az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló erőfeszítéseink eleve kudarcra vannak ítélve.

Még egy példa arra, miért fontos mérlegelni, hogy biológiai vagy társadalmi nemi különbségekről beszélünk. A társadalmi nemekre vonatkozó normák és a dohányzás közötti kapcsolatot a dohányipar már régóta alaposan kihasználja: a reklámok a dohányzás és a férfiasság közötti összefüggést hangsúlyozzák (lásd *Marlboro man*), vagy pedig a nőket célozva a dohányzást a függetlenség és a szexualitás szimbólumaként népszerűsítik. (Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2018) A dohányzás visszaszorítására irányuló népegészségügyi beavatkozások bevezetésekor, mint például a dohánytermékek árának és adóztatásának növelésekor azonban sokszor figyelmen kívül hagyják a kérdés társadalmi nemmel kapcsolatos szempontjait. Az ilyen intézkedések hiánya is hozzájárulhat, hogy Közép-Európában a dohányzás elterjedtsége sokkal jobban csökkent a férfiaknál (25%), mint a nőknél (9%) 1990 és 2019 között.

(GBD 2019 Tobacco Collaborators, 2021) A magyar adat egyébként 22% és 18% volt, amihez az a tendencia is hozzájárult, hogy feltételezhetően a társadalmi normák változása miatt a nők dohányzása az utóbbi évtizedekben egyre inkább elfogadottá vált, ami maga után vonta körükben a dohányzás elterjedését. Ennek is tudható be, hogy a nőknél 2%-kal nőtt, míg a férfiaknál 3%-kal csökkent a dohányzás gyakorisága 2014 és 2019 között³.

HOGYAN GYŰJTSÜNK ADATOT A TÁRSADALMI NEM FIGYELEMBEVÉTELÉVEL?

Mint láthattuk, az egészséget befolyásoló, nem biológiai tényezők hatása eltérően érintheti a különböző társadalmi nemhez tartozó személyeket, csoportokat. Ezért fontos minden olyan vizsgálatban adatot gyűjteni a társadalmi nemmel kapcsolatba hozható tényezőkről, amelyekben feltételezhető, hogy a biológiai mellett más tényezők is befolyásolhatják az eredményt. A népegészségügyi kérdésekre választ kereső kutatások döntően ilyenek.

A társadalmi-gazdasági környezetre vonatkozó adatokon kívül fontos adatot gyűjteni a vizsgált egyének nemi identitásáról is. Ennek figyelmen kívül hagyása esetén ugyanis nem ítéltető meg, hogy az adott egyénre a társadalmi-gazdasági tényezők milyen hatásással voltak. A társadalmi nem alapján eltérő hatások érik a nőket, mint a férfiakat, és ugyanazt a hatást különbözően érzékelhetik, dolgozzák fel a nemi identitásuk szerinti nők, mint a férfiak. Az intim kérdések megfogalmazása különösen nehéz feladat. Erre példaként nézzük, hogy milyen kérdéseket használtak a biológiai nem és a nemi identitás, valamint szexuális irányultság felmérésére a 2021. évi brit népszámláláskor (Office for National Statistics, n.d.):

³ Eurostat: [Smoking of tobacco products by sex, age and educational attainment level](#)

- A biológiai nemre vonatkozó kérdés: „Mi az Ön neme?” („*What is your sex?*”) „Egy későbbi kérdés lehetőséget ad arra, hogy megmondja, milyen neműnek tarja magát, ha Ön 16 éves, vagy annál idősebb” Válaszlehetőség: „Nő / Férfi”.
- A nemi identitásra vonatkozó kérdés: „A neme, amellyel azonosul, megegyezik a születésekor regisztrált nemével?” („*Is the gender you identify with the same as your sex registered at birth?*”) „Ez a kérdés nem kötelező” Válaszlehetőség: „Igen / Nem”
- A szexuális irányultságra vonatkozó kérdés: „A következők közül melyik írja le legjobban az Ön szexuális irányultságát?” (*Which of the following best describes your sexual orientation?*) „Ez a kérdés nem kötelező” Válaszlehetőség: „Heteroszexuális / Meleg vagy leszbikus / Biszexuális / Egyéb szexuális irányultság”.

Természetesen a kérdések megfelelő megfogalmazása önmagában nem elegendő. A társadalmi nem szempontjait az adatgyűjtési folyamat minden szakaszába be kell építeni, kezdve a téma kiválasztásával, a kérdőív, a kérdezési kézikönyv és a minta megtervezésével, a kérdezőbiztosok képzésével és végül az adatok kódolásával és szerkesztésével. (UN Women, 2020)

Nemcsak a népegészségügy területén végzett kutatásokban fontos a társadalmi nem szempontjainak figyelembe vétele.

A klinikai kutatásokban is egyre inkább felismerésre kerül, hogy mind a biológiai, mind a társadalmi nem befolyásolja például azt, hogy egy gyógyszeres kezelés során az egyén szervezete hogyan választ ki, hogyan reagál, hogyan metabolizál és hogyan tartja be a szedési utasítást. Emiatt etikai és tudományos szempontból is elengedhetetlen, hogy a szerzők pontosan

írják le, hogy a kutatási eredmények kikre vonatkoznak (Clayton & al., 2016).

A biológiai és a társadalmi nemi egyenlőség értékelésére néhány éve tettek közzé publikálási irányelveket (Sex and Gender Equity in Research, SAGER guidelines; Heidari & al., 2016). Az irányelvek elsősorban a szerzőknek nyújtanak útmutatást a kézirateik elkészítéséhez, de a szerkesztők, mint a tudomány kapuőrei számára is hasznosak, hogy a szerkesztési folyamat szerves részeként minden kéziratba beépítsék.

HOGYAN ELEMEEZZÜNK A TÁRSADALMI NEM FIGYELEMBE VÉTELÉVEL?

A népegészségügyben a vizsgálatok többségében a vizsgálati személyek neme nincs biológiai tesztel, vagy születési anyakönyvi adattal igazolva, ebből következően az „objektív”, biológiai nemre vonatkozó adatok a legtöbbször nem állnak a kutatók rendelkezésére, jöllehet, az önbevallással, a kérdezett vagy más adatközlő által megadott nem a biológiaiától kis számban térhet el. A „nemek szerinti bontásban” történő, vagy a „nemi különbségek” kimutatását célzó elemzések valójában társadalmi nem szerinti elemzések, azaz az eredményeket a nemi szerepekhez köthető életmódbeli, társadalmi-gazdasági és környezeti tényezők is befolyásolhatják.

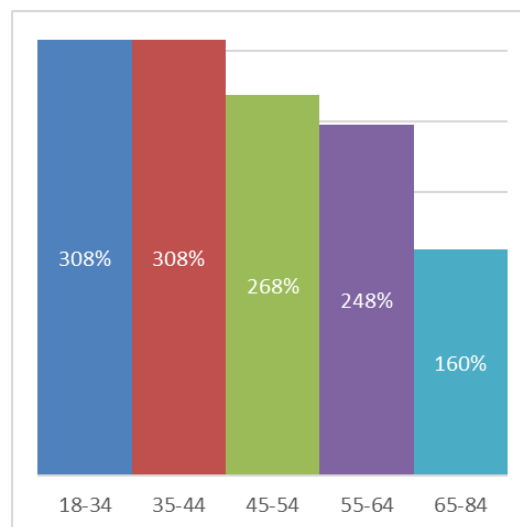
Az előzőekből következően a hibás következtetésekhez vezető eredmények elkerülése érdekében, a (biológiai) nem mellett célszerű bevonni azokat a tényezőket, amelyekről feltételezhető, hogy befolyásolhatják az eredményeket.

Nézzünk egy példát arra, hogy elemzéskor miért érdemes a nemi különbségeket társadalmi nembeli különbségnek tekin-

teni. Egy 2001-2005 időszak magyar halálozási adatait elemző tanulmányban kimutatták, hogy a férfiak halálozási esélye a nőkhez viszonyítva (esélyhányados) több mint másfélszeres (165%) volt (Bakacs & al., 2008). Nem sokan gondolnák azonban, hogy kizárólag a biológiai-nemmel összefüggő okok állhatnak a tetemes nemi különbség mögött. Elsőként, a halálozás nyilvánvaló korfüggése miatt

célszerű megvizsgálni, hogy a nemi különbséget mennyire befolyásolja az életkor.⁴ Az 1. ábra a férfiak nőkéhez viszonyított halálozás esélyét korcsoportonkénti mutatja, és látható, hogy a két fiatalabb korcsoportokban igen jelentős, több mint háromszoros a különbség, ami az életkor előrehaladtával közel felére, 160%-ra csökken.⁵

1. ábra: Férfiak halálozási esélye a nőkéhez viszonyítva korcsoportok szerint (Forrás: Bakacs & al., 2008)



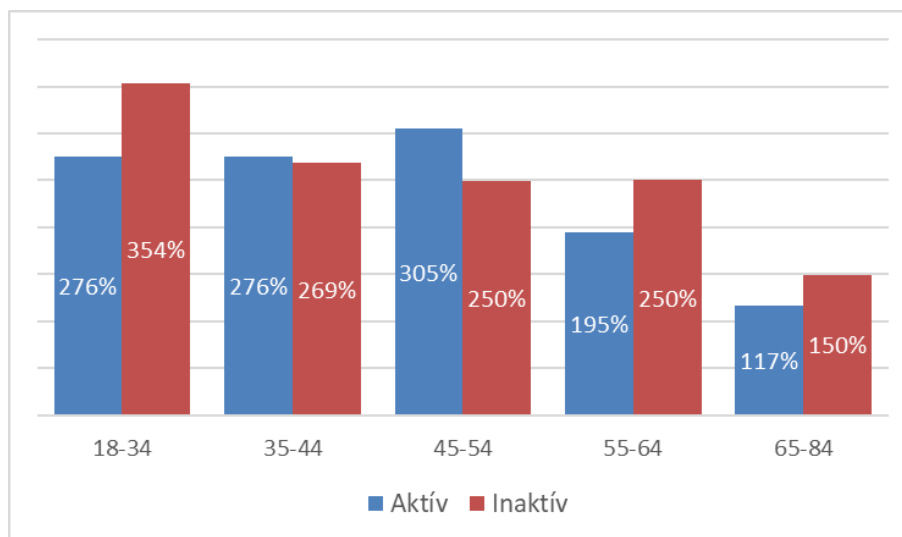
Mivel eddig biológiai nemi különbségről beszéltünk, – ritka kivételektől eltekintve – fel sem merülhet a különbség csökkentésének lehetősége. Ha azonban a biológiai helyett a társadalmi nemek különbségét vizsgáljuk, kiderül, mégis csak van lehetőség az egyenlőtlenség enyhítésére. Ehhez nézzük a 2. ábrát! Az ábrán a két nem halálozási esélyének %-os korcsoportos aránya külön van feltüntetve a foglalkoztatottság szerint bontva. Megfigyelhető, hogy az életkortól függően jelentősen ingadozik a foglalkoztatottsági

csoportok közti halálozási esélyhányados: míg a középkorúaknál az aktívak körében magasabb a férfiaknak a nőkéhez viszonyított halálozási esélye, addig ez a fiataloknál és az idősebbeknél az inaktív csoportban nagyobb. Levonható a következtetés, a foglalkoztatottság növelése az utóbbi korcsoportokban javíthatná a férfiak relatív, nőkéhez viszonyított életkilátásait. A középkorúak esetében viszont más, például a munkakörülmények javítása lenne a megfelelő beavatkozás.

⁴ Érdemes megjegyezni, hogy bár az életkort is tisztán biológiai meghatározónak szokás tekinteni, és evidencia, hogy az életkor előrehaladtával az egészségi állapot romlik és megjelennek különféle betegségek és panaszok, ennek a folyamatnak a sebessége se független társadalmi tényezőktől: az alacsonyabb státuszúaknál az egészségromlás hamarabb kezdődik, mint a magasabb státuszúaknál. (Kovács – Tóth 2015)

⁵ Felmerülhet a kérdés, hogyan lehetséges, hogy a 165%-os nemi különbségnél jóval nagyobbak a 65 év alatti korcsoportokban a halálozási esélyhányadosok, és csupán a legidősebbnél kisebb valamivel. Ennek oka, hogy a halálozás esélye a legidősebbeknél a legnagyobb, miközben a korcsoport népességbeli részaránya kicsi a többihez képest. Emiatt a 165%-os esélyhányados nem a korcsoportos halálozási esélyhányadosok átlaga.

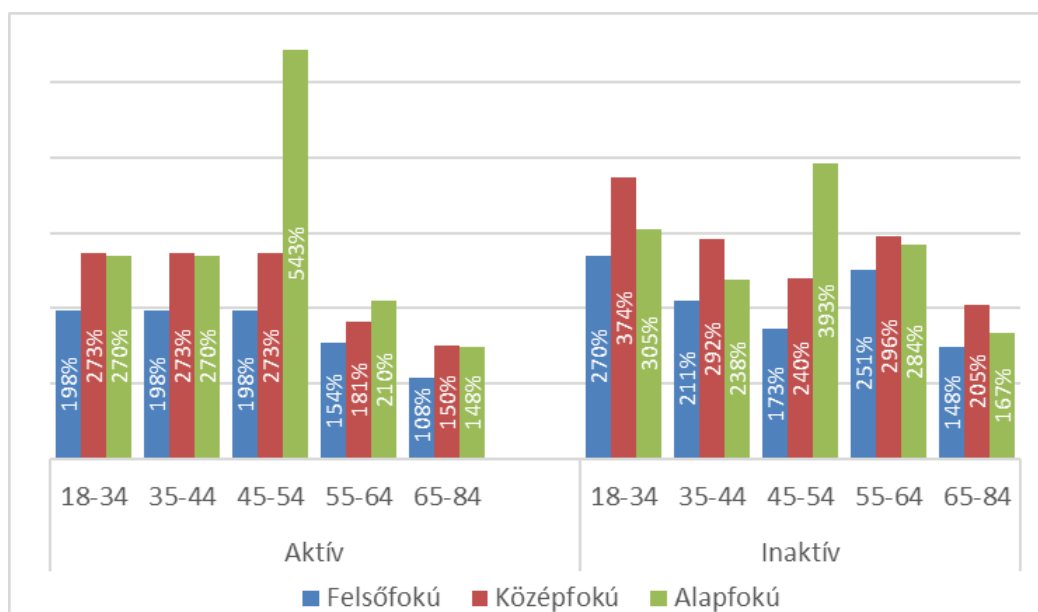
2. ábra: Férfiak halálozási esélye a nőkéhez viszonyítva korcsoportok és foglalkoztatottság szerint (Forrás: Bakacs & al., 2008)



A 3. ábrán most már valamennyi vizsgált befolyásoló tényező, az életkor, a foglalkoztatottság és az iskolázottság hatása elemezhető. Az első, ami szembeötlő, hogy három csoportban is kiugróak az értékek. Az aktív 45-54 éves alacsony végzettségű férfiak halálozási esélye több mint ötszöröse a nőkéénél. Hasonló, bár kisebb különbség figyelhető meg az inaktív férfiak esetében is. A fiatal, inaktív, középiskolát végzettek körében a férfiak

halálozási hátránya jóval nagyobb, mint a felső, vagy az alacsony végzettségűeké. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy mind az aktív, mind az inaktív középkorú férfiak esetében az iskolázottság növelése javíthatna a relatív halálozási esélyén, illetve, hogy a középfokú végzettséggel rendelkező férfiak foglalkoztatottságának növelése csökkenthetné halálozási esélyben mutatkozó, nőkhez viszonyított hátrányukat.

3. ábra: Férfiak halálozási esélye a nőkéhez viszonyítva korcsoportok, foglalkoztatottság és az iskolázottság szerint (Forrás: Bakacs & al., 2008)



Az ábráról még az is leolvasható, hogy az élekor növekedésével a foglalkoztatottnak és az iskolázottnak a halálozási esélyek nemi különbségére kifejtett hatása csökken.

Érdemes rámutatni arra is, hogy nemi különbségeket befolyásoló változók egymás hatását módosíthatják. A 3. ábrán megfigyelhető, hogy a nők és férfiak halálozási esélye eltérően alakult a különböző foglalkoztatottsági csoportokban, mégpedig úgy, hogy az eltérés az egyes iskolázottsági és korcsoportokban egymástól is eltérő mértékű volt. Statisztikai kifejezéssel élve, a nemi különbségekre ható tényezők interakcióban voltak. Emiatt nem elég a nemi különbségeket befolyásoló társadalmi-gazdasági tényezők hatását külön-külön vizsgálni, hanem a közöttük ható interakciós tagok bevonásával célszerű azokat elemezni (Shapiro & al., 2021)

A bemutatott példa jól illusztrálja, hogy miért érdemes a nemi különbségek vizsgálatokor – képletesen szólva – felvenni a társadalmi nem szemüvegét. A halálozási esélyek nemi különbségeit a társadalmi nemet érintő szempontok bevonásával vizsgálva kiderült, hogy a nők és férfiak halálozási esélyeiben megfigyelhető eltérést – a biológiai másság mellett – a két csoport gazdasági aktivitásának, illetve iskolázottságának különbsége is magyarázza. Ebből következően a két társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezőben mutatkozó eltérések csökkentése a férfiak

halálozási kilátásainak relatív javulását hozhatja magával.

KÖVETKEZTETÉSEK

Bár sokan a nemi különbségek, egyenlőtlenségek hátterében biológiai eltéréseket feltételeznek, tengernyi bizonyíték gyűlt már össze arról, hogy a társadalmi környezet eltérően befolyásolja az abban eltérő pozíciókat elfoglaló nők és a férfiak egészségét. A nemi különbségek vizsgálatakor emiatt hasznos észben tartani, hogy a biológiai tényezőkön túl, egyéb társadalmi hatások is szerepet játszhatnak. Hiszen a társadalmi nem szempontjainak figyelembe vételével végzett elemzések olyan eredményekre vezethetnek, amelyek a módosítható befolyásoló tényezőkre irányuló beavatkozások révén hathatósabb egészséget javító és egyenlőtlenségeket csökkentő intézkedéseket tesznek lehetővé. (Devosa, 2023)

Ezért már a vizsgálatok tervezésekor, előkészítésekor érdemes feltételezni, hogy az eltéréseket nemcsak biológiai, hanem társadalmi hatások is okozhatják, és olyan vizsgálati módszertant célszerű kialakítani, ami alkalmas a nemi különbségeket okozó társadalmi tényezők hatásának kimutatására. Az ily módon nyert információk nemcsak jobban elősegítik a jelenség mélyebb megértését, de várhatóan eredményes intervenciók tervezésére is lehetőséget kínálnak.

HIVATKOZÁSOK

- Bakacs, M., Vitrai, J., Várhalmi, Z., Kaposvári, C., Hermann, D., Kabos, S., & Löv, A. (2008). A halandóságot befolyásoló egyéni biológiai és társadalmi-gazdasági tényezők hatásrendszerének vizsgálata. *Orvosi hetilap*, 149(50), 2371–2376. <https://doi.org/10.1556/OH.2008.28497>
- Bakacs, M., & Vitrai, J. (2008). Hogyan befolyásolják a térségi társadalmi-gazdasági különbségek a halandóságot? Irodalmi áttekintés. *Orvosi hetilap*, 149(28), 1317–1321. <https://doi.org/10.1556/OH.2008.28371>
- Clayton, J.A., Tannenbaum, C., (2016) Reporting Szex, Gender, or Both in Clinical Research? *JAMA*. 316(18):1863–1864. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16405>
- Council of Europe (n.d.) Társadalmi nem. <https://www.coe.int/hu/web/compass/gender>
- Devosa, I. (2023). Cikkismertetés: A nemek közötti esélyegyenlőtlenség gyökereit hat kritikus szinten átalakító keretrendszer. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(1), 85–88. <https://doi.org/10.58701/mej.9693>
- Editage Insights (2017) <https://www.editage.com/insights/should-i-use-the-word-szex-or-gender-in-my-scientific-research-paper>
- GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., & Curno, M. (2016). Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research integrity and peer review*, 1, 2. <https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>
- Kollányi, Zs. (2023) 4.6. Az egészségi állapot egyenlőtlenségei Magyarországon. In: Szabó-Morvai, Á., Pető R. (szerk.) *Munkaerőpiaci tükrök. Társadalmi egyenlőtlenségek és mobilitás*. p. 169–175. <https://kti.krtk.hu/munkaeropiaki-tukor-felmeres/?toaftersurvey=https%3A%2F%2Fkti.krtk.hu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2023%2F11%2FAz-egeszsegi-allapot-egyenlotlensegei-Magyarorszagon.pdf>
- Kovács, K., Tóth, G. (2015): Egészségi állapot. In: *Demográfiai Portré*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. pp95–115. https://real-j.mtak.hu/22668/1/demografiai_portre_2015.pdf
- Kopp, M., Skrabski, A., Kawachi, I., & Adler, N. E. (2005). Low socioeconomic status of the opposite sex is a risk factor for middle aged mortality. *Journal of epidemiology and community health*, 59(8), 675–678. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.027284>
- Office for National Statistics (n.d.) <https://www.ons.gov.uk/census/censustransformationprogramme/questiondevelopment/census2021paperquestionnaires>
- Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (2018). Gender-responsive tobacco control. Evidence and options for policies and programmes. Geneva, Switzerland; World Health Organization.
- Shapiro, J. R., Klein, S. L., & Morgan, R. (2021). Stop 'controlling' for sex and gender in global health research. *BMJ global health*, 6(4), e005714. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005714>
- Szántó, Zs. & Susányszky, É. (2010). Gender és egészség – szakirodalmi áttekintés. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(4), 255–276. <https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.4.2>
- UN Women (2020). Modul 5. Methods for gender data collection and estimation. In: *Curriculum on Gender Statistics Training*. UN Women 2020 <https://data.unwomen.org/resources/gender-statistics-training-curriculum>
- Vitrai, J., & Tarkó, K. (2023). Cikkismertetés: A rasszizmussal, a szexizmussal, a heteroszexizmussal és a nemi binarizmussal kapcsolatos mérések az egészségmúltányosság kutatásában – A strukturális igazságtalanságtól a beépült ártalomig – ökoszociális elemzés (fordítás). *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(1), 50–80. <https://doi.org/10.58701/mej.9582>
- Vitrai, J. (2023). Cikkismertetés: A társadalmi nemekről (genderről) való gondolkodás megváltoztatásának pozitív hatása a serdülőkorúak szexuális egészségére. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(1), 81–84. <https://doi.org/10.58701/mej.9580>
- WHO (n.d.) Gender and health. https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1

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, Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 01. 13.

Elfogadva: 2024. 04. 11.

Megjelentetve: 2024. 06. 12.

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

INTERJÚK

Interjú Kökény Mihály egészségpolitikussal Beszélgetés az egészségpolitikáról

*Interview with health politician Mihály Kökény
Discussion on health policy*

Kulcsszavak: egészségpolitika; népegészségügy
Keywords: health policy; public health

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. április 18-án.¹

Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét folyóirat olvasóit és e podcast hallgatóit. A folyóirat mai vendége, beszélgetőtársam Dr. Kökény Mihály korábbi egészségügyi miniszter, és az egészségpolitikáról fogunk beszélgetni. Kitérünk majd arra is, hogy egészségpolitikusként hogyan értékeli a rendszerváltás után hozott, a népegészségügyet érintő egészségpolitikai döntéseket. Én Vitrai József vagyok, a MEJ folyóirat alapító főszerkesztője, és mielőtt elkezdenénk a beszélgetést,

pár mondatban bemutatom beszélgető társamat.

Kökény Mihály végzettsége szerint szakképzett belgyógyász és kardiológus, emellett tanulmányokat folytatott a politikatudományok területén is. Az Országgyűlés tagja volt 1994 és 2010 között. A kormány egészségügyi bizottságának elnöke volt 1998 és 2002, illetve 2006 és 2010 között. Különböző kormányzati pozíciókban is dolgozott: volt miniszterhelyettes, kormánybiztos, államtitkár és két alkalommal népjóléti, illetve egészségügyi és szociális miniszter (1996–1998, 2003–2004). 1987-ben az első magyar népegészségügyi program kidolgozója volt. Miniszteri működéséhez kötődik az ágazati alaptörvények rendszerváltás utáni megújítása és a nyugdíjreform. Mindezekon felül már 30 éve nemzetközi egészségügyi szervezetekben foglalkoztatják szakértőként. Tagja volt az Egészségügyi Világszervezet Európai Állandó Bizottságának és Végrehajtó Tanácsának, utóbbinak egy évig elnöki tisztségét is viselte. Jelenleg egyetemi oktató és nemzetközi egészségpolitikai szakértő. 2020 óta Újbuda polgármesterének tanácsadójaként is dolgozik, illetve tagja az MTA Megelőző Orvostudományi Bizott-

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

ságának. Az elhangzottakból kiderül, hogy nem is választhattam volna alkalmasabb személyt egy, az egészségpolitikáról szóló beszélgetéshez. Úgyhogy, vágjunk is bele!

Először is kérlek, röviden világítsd meg az olvasók és hallgatók számára, mit értünk egészségpolitika alatt? Hogyan születnek az egészségpolitikai döntések? Visszatekintve az elmúlt évtizedekre, milyen döntések voltak azok, amelyek az azóta megismert következmények alapján nem váltották be az elvárásokat? Hogyan kellett volna akkor dönteni? Így utólag, lettek volna-e olyan döntések, amiket meg kellett volna hozni, hogy elkerülhetők legyenek a ma jól ismert hátrányok?

Dr. Kökény Mihály (K. M.): Ez így elég nehéz kérdés, bár egyszerűnek tűnik, mert önmagában az a szó, hogy politika, sokféle módon értelmezett. Az angol nyelvben egy kicsit könnyebb a helyzet, mert elválik egymástól a *politics* és a *policy*, az előbbi jelöli a pártok, kormányok magatartását, azt, hogy mit akarnak tenni a hatalom megszerzése, gyakorlása, megtartása érdekében. A *policy* az, amit tulajdonképpen mi, ha nem is a legszerencsésebb módon, de szakpolitikára tudunk fordítani, amikor egy adott kormányzati, társadalmi alrendszer irányításának, működtetésének elveiről, szabályairól, gyakorlatáról beszélünk. Ebben az értelemben tehát az egészségpolitika is lényegében az egészséggel kapcsolatos kormányzati intézkedések összességét jelöli, mindennek vagy az ezzel foglalkozó rendszereknek a szabályozását. Ugyanakkor azonban talán érdemes mindjárt felhívni a figyelmet arra, hogy a magyar gyakorlatban az egészségpolitika alatt többnyire az egészségügyi rendszerrel való foglalkozást értjük.

Érdemes ezért az egészségpolitika és az egészségügy politika között valamilyen különbséget tenni, mert az egészségpolitika az, amelyik egy sokkal átfogóbb

fogalmat takar, mert ennek a célja a lakosság egészségi állapotának a javítása, és ez, lényegében legalábbis az én felfogásom szerint, messze meghaladja egy ágazat kereteit. Ez a kormányzat egészét, de elmondható, hogy a társadalom egészét érintő feladat. Sokféle ágazat, az önkormányzatok és a civil szféra együttműködését feltételezi, és a lényegét úgy foglalhatnánk össze, hogy az egészség feltételeit igyekszik kedvező irányban befolyásolni. Míg az egészségügy politika az egészségügyi szaktárca, jelenleg épp az államtitkárság hatásköre, és az egészségügy működőképességével, minőségével, hatékonyságával kell, hogy foglalkozzon. Tehát ezzel lényegében értékeltem is a hazai helyzetet.

Persze más országban is nagyon hasonló a helyzet, bár néhányszor már tettem arra kísérletet, hogy a kettőt megkülönböztessék. Svédországban volt olyan időszak, amikor volt külön népegészségügyi és külön egészségügyi minisztérium, és valami hasonlóval kísérleteztek a britek is sok évvel ezelőtt, de azért ez nem jellemző. Lényegében, amikor egészségügyi tárcáról beszélünk, akkor az általában az egészségügyi rendszer irányításával foglalkozó fő hatóságot értjük alatta. A megelőzés, az egészségfejlesztés az nagyon sok helyen – a hazai kormányzási gyakorlatban jelenleg egészen biztosan, de korábban is nagyon sokszor – az egyéni felelősség hatáskörébe utaltatott, amit jól-rosszul segíthet önkormányzati, civil kezdeményezés, egészségügyi szolgáltató, ha éppen motivált, elkötelezett. Ez annak ellenére így van Magyarországon, hogy a ma is hatályos egészségügyi törvény – az 1997. évi CLIV. törvény – nagyon következetesen érvényesíti a modern népegészségügy bibliájának tartott Ottawai Charta alapelveit, miszerint az egészség az nem az egészségügyben keletkezik, hanem a mindennapi élet színterein. Tehát lényegében azt gondolom, hogy egy felelős

egészségpolitikának azon túl, hogy persze kell, hogy működtesse az egészségügyi rendszert, de azért dolga az emberek egészségének javítása érdekében az egészség meghatározóit, a társadalmi, környezeti és kulturális determinánsokat alakítani, formálni, és ez legkevésbé az egészségügyért felelős szakminisztérium feladata.

Még annyit hadd mondjak, hogy Magyarországon az elmúlt 40 évben elég kevés alkalommal volt arra törekvés, hogy egy picit ezen a nagyon is egészségügyi rendszerspecifikus, medikalizált szemléleten felülemelkedjünk. Ilyen kivételes időszak volt az 1987–88-as rendszerváltás előtti években az, amikor megszületett az egészségmegőrzés hosszú távú programja. Csehák Judit működésére, miniszterelnök helyettesi, később miniszteri működésére kell, hogy utaljak, mert az ő irányításával született meg ez az akkor nagyon korszerűnek tekinthető dokumentum. El is indult ennek a végrehajtása, de a rendszerváltoztatás ezt maga alá temette. Majd aztán hasonló volt a helyzet 2022-ben, amikor a tízéves népegészségügyi programon dolgoztunk. Azt a parlament elfogadta, tehát valami elindult. Az azt követő években, amikor népegészségügyi kormány megbízottként nekem volt a feladatom az egészség érdekében történő ágazatközi együttműködés szervezése, nem ideális körülmények között, de legalább valamiféle változtatás elindult, nem is teljesen eredmény nélkül. Tehát én a nagy dilemmának azt tartom, hogy

az egészségpolitikát, az erről való gondolkodást a politikusok is, de lényegében a laikus társadalom és az orvosok is leszűkítik az egészségügyi rendszer feltételeinek javítására és kevésbé gondolkodnak arról, hogy végülis az, hogy mennyire vagyunk egészségesek, vagy mennyire veszélyeztetett az egészségünk, az többnyire nem az egészségügyben dől el.

V. J.: Köszönöm. Igazán kimerítő volt és örülök neki, hogy kicsit tágabbra is nyitottad a meghatározást az interneten elérhető meghatározásokhoz képest is, sőt, hogy magyar vonatkozásokat említettél. Én még annyit tennék hozzá, hogy amikor egészségügyi rendszer kerül szóba, a laikusok, illetve még azt is megengedném, hogy a szakpolitikusok is főképpen az egészségügyi ellátórendszert értik, azaz a kórházakat, a gyógyszertárakat és így tovább, de kevésbé értik az egészségügyi rendszer másik elemét, a népegészségügyet, és nem is nagyon foglalkoznak vele.

Mielőtt visszakanyarodnánk azokra az intézkedésekre, amiket említettél, előtte egy kicsit avassuk be az olvasókat, hallgatókat az egészségpolitika „boszorkánykonyhájába”, vagyis hogy hogyan születnek az egészségpolitikai döntések, és kik azok a szereplők, akik egy ilyen intézkedésnek, döntésnek a létrejöttében szerepet játszanak.

K. M.: Ez sem könnyű kérdés. Főleg azért, mert a jelenlegi egészségpolitikai döntéselőkészítési rendet nem ismerem, de szerintem elég kevesen ismerik, mert elég titokzatos. Ha az eredményesség és minőség oldaláról nézem, akkor feltűnő, hogy igen gyakoriak a korrekciós kényszerek, a kiadott jogszabályokat igen sűrűn kell módosítani. Nagyon jellemző a kapkodás, és azt a sajtóban is látjuk, hogy az egyeztetések rendre elmaradnak. Még azok is, amelyeket más jogszabály előír. Az viszont árulkodó, és muszáj erről egy pár szót mondanom, hogy 14 éve nincs Magyarországon önálló egészségügyi tárca. Az ágazat jelenleg a Belügyminisztériumhoz tartozik államtitkári kompetenciával. Magyarországon kívül csak egy olyan ország van az egész világon, ahol hasonló a helyzet. A csendes-óceáni Nauru szigetén egy politikusnak álló felsőfokú végzettségű ápoló felelős a

rendőrségért és az egészségügyért. Magyarországon egy nyugalmazott rendőr tábornok felügyeli az egészségügyet, ez is sokat elmond a hozzáállásról. A rendszerváltás óta 10 olyan évre emlékszem, amikor volt önálló egészségügyi minisztérium. 20 évig szociális és családi ügyekkel közös, különböző elnevezésekkel működő főhatósága volt az egészségügynek, és 12 évig egy emberi erőforrásokkal foglalkozó mega-tárcához tartozott az egészségügy. Ez nyilván politikai döntés kérdése, de mégis valamit elmond arról, hogy az egészség kérdése egy adott kormánynak mekkora prioritást jelent.

Az országgyűlésben jelenleg van ún. Népjóléti Bizottság, ide tartoznak az egészségügyi törvénytervezetek is, de azt látjuk, hogy a funkciója kiüresedett, lényegében nincsenek szakpolitikai viták. Mindez egy kicsit sajnós az ágazat kormányzaton belüli súlyát, vagy annak a csökkenését jelzi az elmúlt években, és hozzáteszem, hogy az egymást váltó kormányok itthon, és nagyon sokszor külföldön is, az egészséget nem tekintik befektetésnek. Az egészségügyi rendszer az az államháztartási hiány örökös bűnbakja. Nincs stratégiai tervezés és Magyarországon ezt igen jól jelzi jelenleg az egészségügyi közkiadások rendkívül szerény mértéke. Az uniós átlag felével kell szígyenkeznünk, hiszen csupán a bruttó hazai össztermék, a GDP körülbelül 4%-át fordítjuk egészségügyre. Ezen belül a népegészségügyre ennek – ezt is inkább csak becslésként mondom, mert nincsenek hozzáférhető pontos, részletes számok – körülbelül 2-3%-a jut, ami nagyon kevés. Hogy ennek mi a következménye, azt láttuk a pandémia alatt.

Persze volt ez másképpen is, és hogy hogyan kellene, hogy ennek kialakuljon a rendje, arra hadd mondjak példát. Állami vezetői időszakomból szívesen idézem az egészségügyi törvény előkészítését. Ezt

csak azért mondom, mert bár már rengetegszer módosították, vannak jó részei – más kérdés, hogy betartják vagy sem – például a betegjogok vonatkozásában. Annak idején ez egy nagyon úttörő kezdeményezés volt, Európában a legelső között voltunk, ahol a betegjogokat ilyen minőségben sikerült szabályozni. Több mint egy évig dolgozott a dokumentumon egy erre felkért munkacsoport, amelynek nemcsak orvos tagjai voltak, hanem laikus tagjai és civil szervezetek is. Ez a munkacsoport szakértők sokaságával tárgyalt, szakmai és civil szervezetek sokaságával konzultált, majd ezt követte a közigazgatási egyeztetés, és a kormánydöntés után a parlament hónapokig tárgyalt még róla. Rengeteg, többek között ellenzéki módosító javaslatot fogadtunk el, és végül a törvény a végszavazáson 90% körüli támogatást kapott, tehát jóval az akkori 72%-os parlamenti kormánypárti többségen túl, sikerült ellenzéki támogatást is ehhez megszerezni. Ez akkor valóban egy jó szakmai törvénynek minősült, és ez a munka nagyon-nagyon hosszú folyamatban valósult meg.

Tehát én azt gondolom, hogy az egészségpolitikai döntések, amelyek jelentős részben életről, halálról szólnak, nagyon lényeges, hogy hosszú egyeztetés során nyerjék el a megfelelő formájukat. Itt nem csak a különböző kötelező közigazgatási, más minisztériumokkal történő konzultációs, egyeztető munkára gondolok, hanem különböző szakértői megbeszélések, akár nyilvános viták kell, hogy csiszolják az ilyen tervezeteket, ahogy ez egy ilyen súlyú törvény esetén lenni szokott az általam ismert európai országokban is.

Hasonló módon készült el a 2002-ben a 10 éves népegészségügyi stratégia is, amely átmenetileg viselte csak Johann Bélának, a két világháború közötti magyar egészségpolitikusként a nevét. Hadd ne

menjek bele, hogy miért vonták meg Johann Béla nevét ettől a programtól, ez messzire vezetne, maradjunk abban, hogy ez az „Egészség Évtizede” elnevezést kapta végül, amelyet a parlament 325 igen szavazattal, 4 ellenszavazattal és mindösszesen 1 tartózkodás mellett fogadott el. Köszönhetően annak is – és ez is egy nagyon fontos elem –, hogy a dokumentum készítői megnézték, hogy milyen tervezetek, milyen korábbi kormánydöntések voltak, és ezekre épített. Többek között épített a korábbi kormány Mikola István nevével fémjelzett elképzeléseire is.

Tehát én azt gondolom, hogy a megfelelő egészségpolitikai döntésnek – túl a kötelező egyeztetéseken és azon, hogy minél szélesebb körben és minél inkább a nyilvánosság előtt kerüljön megtárgyalásra – illik egyfajta kontinuitást, folyamatosságot felvállalni. Általában ezek a kérdések nem szabad, hogy egy-egy politikai ciklusra szóljanak. Ezért nagyon fontos, hogy az egészségpolitika nagy ügyeiben legyen egyfajta folyamatosság, legyen egyfajta, a ciklushatárokon túlnyúló gondolkodás. Ennek ma kevésbé adottak a politikai előfeltételei, de azért a korábbi években néhány alkalommal ez nálunk is előfordult.

V. J.: Részben említetted az egészségpolitika, a szakpolitika és a politika kapcsolatát. Az egészségügyi törvény megalkotásakor milyen módon hatott a „nagypolitika” az egészségpolitika által előkészített törvénytervezetre?

K. M.: Ha az egészségügyi törvénynél maradjunk, voltak viták, ahol egyfajta konszenzusra kellett jutni, vagy legalábbis elfogadható kompromisszumra. Maradjunk csak a betegjogoknál. A törvény alkotásának idején Magyarországot szocialista-liberális koalíció vezette. Liberális partnereink szerettek volna ezekben a kérdésekben nagyobb autonómiát adni a

betegeknek, megengedték volna az aktív eutanáziát is. Ez akkor, 3 évtizeddel ezelőtt még a Benelux államokban sem volt gyakorlat. Ugyanakkor például a jobboldali politikusok – keresztény tanításokra hivatkozva – élesen elleneztek. Ebből született meg jól-rosszul ez a „kezelés visszautasításának joga” címmel összefoglalható szabályozás, ami ma is érvényben van. Karsai Dániel küszködése, hogy az életvégi döntésekben az egyének nagyobb szabadságát ismerje el a hazai jogrendszer, újra előtérbe hozta ezt a vitát. Ezt csak azért hoztam fel, hogy illusztráljam: politikai és ideológiai megfontolások mennyire befolyásolják a döntéseket.

De említhetném az abortusz szabályozást is, ami időről-időre felmerül, és ami nagyon-nagyon érzékeny kérdés. Magyarországon, ha jól emlékszem, nem sokkal a rendszerváltás után tettek arra kísérletet a kereszténydemokraták, hogy ezt nagyon megszigorítsák. Ez nem tett jót akkor a politikai megítélésüknek, és általában sehol nem tesz jót, legalábbis Európában. Nemrég egy konferencián azt mondták a lengyel kollégáim, hogy Lengyelországban, ahol az európai országokhoz viszonyítva szigorú szabályozás van a szexuális jogok, reprodukív jogok területén, az, hogy az ott korábban uralkodó kormánypárt, a Jog és Igazságosság Pártja még inkább szigorítani akarta a szabályozást, olyan ellenállást váltott ki a lengyel hölgyekből korosztályra való tekintet nélkül, hogy az bizony nagy szerepet játszott abban, hogy megbuktak a választásokon. Szóval ezzel nagyon vigyázni kell, a politikának, ha nagyon belemegy a szakpolitikába, akkor ez nem jól sülni ki.

Hogy mondjak valami mást, ahol Magyarország még mindig nagyon konzervatív álláspontot képvisel, és maradjunk a szexuális jogoknál: most már nincs más európai uniós ország Magyarországon

kívül, ahol az úgynevezett esemény utáni tablettát csak receptre adják. Bebizonyosodott a szakma számára is, hogy ezeknek a viszonylag korszerű termékeknek a hormontartalma nem okoz komolyabb gondot, hogy emiatt ilyen nehezen lehessen hozzájutni, mert recepthez kötött. Korábban Lengyelországban is így volt, de a jelenlegi kormány egy törvényjavaslattal ezt hatályon kívül helyezte, és gyakorlatilag vény nélkül hozzáférhetővé tette, azonban a lengyel államfő ezt megvétózta. És mit csinált a Tusk kormány? Nagyon érdekes és furcsa megoldást választott – legalábbis ezt mesélték nekem a lengyel kollégák –, erre az egyetlen egy készítményre vonatkozóan felhatalmazta a patikusokat, hogy megírhatják a receptet, ha bemegy egy fiatal és esemény utáni tablettát kérni, és utána rögtön az illető ki is válthatja azt. Ezt azért mondom, hogy néha milyen furcsa dolgok alakulnak ki a politika és a szakpolitika nem mindig szerencsés összhangjából adódóan.

V. J.: Visszatekintve az elmúlt évtizedekre, milyen döntések voltak azok szerinted, amelyek az azóta megismert következmények alapján nem váltották be az elvárásokat? Hogyan kellett volna akkor dönteni, lett-e volna olyan döntés, amit meg kellett volna hozni, hogy elkerülhetők legyenek a ma jól ismert hátrányok? Itt csak néhány példára gondolnék, és kérek, foglald össze, hogy mik azok a problémák, amiket magunk előtt tolunk már legalább a rendszerváltás óta.

K. M.: Kevés olyan döntésre emlékszem, legalábbis 2010-ig, abból a 20 évből, aktív politikai működésem időszakából, amelyet nem kellett volna meghozni. Talán – bár már kevesen emlékezhetnek erre – a társadalombiztosítási önkormányzatok túlzott felhatalmazása volt esetleg naivitás, vagy a később visszavont versengő egészségpénztári rendszer is ebbe a körbe sorolható. Én inkább azt tartom bajnak, hogy

sokszor születtek félutas, rossz kompromisszumokkal terhelt jogszabályok, és még ezeknek a végrehajtásában sem voltunk következetesek. Vagy megszületett ugyan a megfelelő szabályozás, csak kapacitás, érdekeltség hiánya miatt ezek papíron maradtak és nem hajtották végre.

Mondok pár példát a népegészségügy területéről. Itt van például a nemdohányzók védelméről szóló törvény. Ennek több változata ismert, az első hazai törvény 1999-ből származik. Ezt még annak idején mi készítettük elő, majd a kormányváltás után Gógl (Gógl Árpád – a szerk.) minisztersége idején került a parlament elé. Én már akkor is, és most is úgy gondolom, hogy túl puha volt. Nagyon érződött rajta különböző lobbik, elsősorban a dohánylobbi közvetett, nyilván nem közvetlen, de közvetett hatása, pedig már akkor lehetünk volna bátrabbak. Hogy egy másik példát mondjak, ami a ma napig hiány: markánsan hozzányúlni az alkoholos italok forgalmazására, árusítására vonatkozó szabályokhoz. Vagy a sok nekirugaszkodás ellenére sem sikerül bevezetni a közoktatásban az egészségtan megfelelő oktatását, tehát egy tantárgyi jellegű oktatását. Ez látszik, hogy mennyire hiányzik, hiszen szinte minden stratégiában, programban szerepelt az elmúlt 20-25 esztendőben. Ez a mai napig önálló tantárgyként nem létezik.

Hogy mondjak egy másik, részben az ellátásra vonatkozó, de azért a megelőzéshez is kapcsolódó dolgot: 1999-ben egy nagyon ígéretes kezdeményezésnek látszott az úgynevezett irányított betegellátási modell. Ennek az volt a lényege, hogy akik a betegellátást szervezték egy adott területen, azok egy elvi számlán a biztosítótól megkapták a terület lakosságának átlagos ellátási költségeit. És ha a szolgáltatókkal – jellemzően háziorvosokkal, járóbeteg-szakellátókkal – együttműködve hatékonyabban szervezték meg az

ellátást, kevesebben mentek a kórházba, mert jobb volt a prevenció, mert tényleg odafigyelt a házi orvos a hozzá bejelentkezett emberek életmódjára, tanácsokat adott stb., és ha született megtakarítás, akkor azt fejlesztésre, új egészségfejlesztési programokra, ösztönzésre fordíthatták. 2004 szeptemberében már 18 ellátásszervező, több mint 1200 házi orvosi praxis és durván 2 millió ember tartozott ehhez a rendszerhez, igen népszerű volt.

De ezután az következett, hogy miután ilyen népszerű lett, ez a kórházak ellenállását felerősítette, attól tartottak, hogy elfogynak majd a betegek és nekik ebből adódóan a finanszírozásuk csekélyebb lesz. Ráadásul akkor a liberális párt előjött azzal, hogy jó ez a rendszer, de be kell vonni az üzleti biztosítókat is. Na, ez aztán kiverte a biztosítékot. Az Állami Számvevőszék vizsgálatokat indított, hozzáteszem, meglehetősen célzatosan a negatívumokra fókuszáló vizsgálatokat, majd egy pár év múlva, 2008-ban ez a kezdeményezés, az irányított betegellátási rendszer, amit én talán az elmúlt 3 évtized egyik igazán reményteli újításának, innovációjának tartok, sajnos megszűnt.

Ez például hiba volt. De jó döntés volt, hogy mondjak a közelmúltból egy népegészségügyi példát, hogy bevezették az úgynevezett „chips adót”, ezt a bizonyos népegészségügyi termékadót 2011-ben, ami Szócska Miklós akkori államtitkár nevéhez fűződik. Ez egy jó rendszer, máshol is kipróbálták, működik. Az azonban sajnálatos, hogy a „chips adóból” befolyt összeget nem egészségfejlesztésre, népegészségügyre fordították, hanem megpróbálták először valamit beleforgatni ebből az egészségügyi dolgozók bérébe. Manapság azonban – most is van népegészségügyi termékadó és elég jelentős bevétel van belőle – ez csupán egy tétel a költségvetés bevételi oldalán, tehát ilyen szempontból semmiféle kap-

csolatban nincs ma már a népegészségügy finanszírozásával, és ez nagyon nagy baj. Tehát ez egy olyan adó, mint az összes többi és sarcnak tartják a gyártók, ebben az értelemben joggal.

De hogy még egy döntést mondjak, ami viszont nagyon nagy baj, az az egységes ÁNTSZ (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat – a szerk.) megszüntetése. Az, hogy a bürokrácia csökkentésének indokával sikerült szétzilálni, hogy a területi szerveit a laikus irányítású kormányhivatalokba kerültek, nagyon súlyos hiba volt. Ez igencsak megnehezítette a világhjárványra való felkészülést és később a pandémia leküzdését.

Sajnos ezek olyan példák, amit így utólag könnyen lehet értékelni. Nyilván akkor sem mindegyik döntéshez volt közöm, persze utólag az ember okosabb, mint akkor, amikor a politikai viták között keresi a megoldást, és keresi a kompromisszumot. Egy bizonyos távlatból visszatekintve, lehettek volna olyan döntések, amiket jobb lett volna korábban meghozni, hogyha – nem akarom túlzásba vinni az álmodozást – mondjuk, mindezekben következetesek vagyunk, akkor lehet, hogy egy kicsivel jobb lenne a magyarok egészsége. De ezt nagyon óvatosan mondom.

V. J.: Esetleg megkérdezhetem, hogyha egyetlen döntést kéne hozni, hogy a népegészségügy eredményesebben tudja a magyar lakosság egészségét védeni, fejleszteni, mit javasolnál, milyen döntés lenne az, ami jelentős vagy komoly változást tudna előidézni? Te mit gondolsz most erről?

K. M.: Furcsa, amit erre mondok.

Azt gondolom, azon túl, hogy legyen egy önálló, az egészségpolitikáért felelős Egészségügyi Minisztérium, legyen egy kis létszámú, de megfelelő hatáskörrel rendelkező stáb a

miniszterelnök mellett, amely a népegészségügy területén elvégzi a szükséges koordinációt, rendelkezik bizonyos pénzeszközök felett.

Nem azt mondom, hogy akkora eszközökről kell, hogy szó legyen, amiből 10 stadiont fel lehet építeni – mert az szinte már 10 évre is elég lenne ahhoz, hogy tisztességes népegészségügyet csináljunk. Én azt gondolom, hogy először ezeket a szervezeti, finansziális, infrastrukturális feltételeket kell rendbe rakni, nyilván megfelelő finanszírozással.

A népegészségügyi prioritások kialakításánál figyelembe kell venni, hogy egyszerre nagyon nehéz mindenhez hozzáfogni, de ha valahol, akkor a fiataloknál lenne érdemes kezdeni. Azt gondolom, hogy ehhez egészségtan és megfelelő szocializáció szükséges. Megnézném, hogy az iskolában, a szervezett oktatásban, vagy ott, ahol a fiatalok a szabadidejüket töltik, az egészséget milyen tényezőkkel lehet elősegíteni és hogyan lehet kiküszöbölni mindazt, ami káros. Külön foglalkoznék a drog kérdéssel, ami ma egyértelműen rendészeti kérdés, és emiatt hiányosan kezelt. Azt hiszem, hogy ez egy döntő kérdés. Hosszan lehetne mondani és ugye azt kérdezted, hogy mi az a legfontosabb, én mégis inkább egy csomagot mondtam, mert nehéz kiemelni, hogy mi a legfontosabb. Nagyon sok mindent lehetne csinálni, de én valahogy visszanyúlnék az Ottawai Charta-hoz. Annak idején 5 fő cselekvési területet jelölt meg ez a dokumentum, és szerintem ez a világon ma is nagyon aktuális. Itt érdemes felsorolni, kicsit szabad fordításban:

1. egészségbarát közpolitika;
2. az egészséget támogató környezet, nem csak a fizikai környezet, hanem társadalmi környezet;
3. a közösségek erősítése, hogy legyenek olyan civil mozgalmak, közösségek, amelyek az egészséggel foglalkoznak, és az emberek egészségben tartását próbálják támogatni;
4. az egyéni képességek fejlesztése, ami szintén sok mindennel összefügg; - erre legyen meg a megfelelő lehetőség, ösztönzés stb.; és végül, de nem utolsósorban
5. egy olyan egészségügyi rendszer legyen, amiben van egy nagyobb elkötelezettség arra, hogy a prevencióval, az egészség védelmével, fejlesztésével foglalkozzon.

Nem azt mondom, hogy ez utóbbi egyáltalán nincs jelen Magyarországon, hogy nincsenek ilyen házi orvosok, nincsenek ilyen szolgáltatók. De azt gondolom, hogy sem a finanszírozás, sem az érdekeltség, vagy ha a túlterheltségét és az iszonyú hiányokat nézem a közfinanszírozott szolgáltató rendszerben, nem támogatja azt, hogy a szolgáltatók érdekelték legyenek a prevencióban, és ezen változtatni kell. Tehát ezek az ottawai cselekvési területek, azt gondolom, még ma is aktuálisak Magyarországon.

V. J.: Teljes mértékben egyetértek. Köszönöm szépen a beszélgetést. Én nagyon érdekesnek találtam a sok hazai példát. Remélem, hogy az olvasók és a hallgatók is így fogják gondolni és érezni. Köszönöm szépen még egyszer.

K. M.: Köszönöm szépen én is.

VIZUÁLIS KIVONATOK

Vizuális kivonat: Az ellátás folyamatossága mint a generációk és fajok közötti igazságtalan egészségkülönbségek megszüntetésének egységes keretrendszere

Visual extract: The continuum of care as a unifying framework for intergenerational and interspecies health equity

Ismertető: [Varsányi Péter](#)

Doi: [10.58701/mej.15700](#)

Kulcsszavak: szocio-ökológiai modell; egészség; igazságtalan egészségkülönbségek

Keywords: socio-ecologic model; health; health equity

A népegészségügy területén az 1980-as évek óta használják az egészség szocio-ökológiai modelljét, amely az egészség fizikai, társadalmi és gazdasági meghatározó tényezőit veszi figyelembe mind egyéni, mind népességi szinten, hangsúlyozva hogy többféle beavatkozásra van szükség a családotól a munkahelyeken át

a kormányzati politikákig és szolgáltatásokig. Ez a megközelítés ösztönzi az érdekelt felek közötti együttműködést, beleértve a közösségi tagokat, szervezeteket, politikai döntéshozókat és kutatókat a problémák holisztikus megközelítése érdekében.



1. ábra: Az egészség és az ellenálló képesség általános szocio-ökológiai modellje. Az egészség megértése és kezelése a fajok közötti nézőpontból megköveteli, hogy tudatában legyünk a különböző élőlények szükségletei közötti hasonlóságoknak és az ezen szükségletek kielégítéséhez kapcsolódó korlátoknak a közös környezetükben. Ez a megközelítés az egészségvédelem, az igazságos és fenntartható fejlődés biztosítása, valamint a Föld biológiai sokféleségének védelme érdekében elengedhetetlen. A cikk szerzői (Stephen & Walzer, 2023) ezért az egészség szocio-ökológiai modelljét kiterjesztették: az adott környezetben élő entitások közötti kapcsolati hálózatokra, a környezet természeti értékeire, környezeti jellemzőire és ökológiai kapcsolataira, valamint a közös környezetben élő vagy azt használó entitások viselkedési mechanizmusaira és fiziológiai folyamataira. Ebben az alapvető koncepcióban a fajok és generációk közötti egészségmértékosság megköveteli, hogy egyidejűleg figyelmet fordítsunk az erőforrásokhoz való hozzáférést és az egészséghöz való hozzáférést befolyásoló természeti és társadalmi tőkére. Ezeket a tőkéket és az ebből eredő képességeket az életkörülmények, valamint a károsodások valószínűségét és hatását befolyásoló beavatkozások módosítják. A szerzők szerint a kiterjesztett modell egy kibővített ellátási folyamatossággal koherens keretet jelenthet, és segíthet abban, hogy a versengő "helyes" megközelítések közötti szelektálásról a helyes eredmények előmozdítására térjünk át.

AJÁNLÁS

A cikkben javasolt koncepcionális keretrendszer kibővíti az egészség szocio-ökológiai modelljét, hogy ezáltal segítsen olyan többszintű megközelítések megfogalmazásában, amelyek elősegítik az egészségesebb körülményeket minden élőlény számára. A keretrendszer a fajok és generációk közötti igazságtalan egészségkülönbségek megszüntetésének gondolatába ágyazódik és célja a szakpolitikai programtervezés és kommunikáció támogatása. Feltár olyan kölcsönös előnyöket,

amelyek a szaktudás, a finanszírozás és a politikai akarat egyesítéséből származnak, így segítve az összehangolt problémamegoldást. A cikk szerzői szerint a szocio-ökológiai ellátási folyamatosság olyan kombinált lehetőségeket kínál, amelyek a különböző ágazatok, tudományágak és perspektívák ismereteit ötvözi, hogy a beavatkozásokat idővel minden szükségletszintet, fajt és generációt átfogó körre irányítsák, így biztosítva, hogy minden szereplő betöltse a saját szerepét a folyamatosság (kontinuum) mentén, miközben támogatja mások szükségleteit.

HIVATKOZÁSOK

Stephen, C. & Walzer, C. (2023) The continuum of care as a unifying framework for intergenerational and interspecies health equity. *Frontiers in Public Health* 11:1236569. doi: 10.3389/fpubh.2023.1236569

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Varsányi Péter
ELTE TáTK Szociológia Doktori Iskola, Budapest
dr.varsanyi.peter@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 04. 30.
Elfogadva: 2024. 04. 30.
Megjelentetve: 2024. 06. 12.

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

RECENZIOK

Cikkismertetés: Az egészségföldrajz és a viselkedési közgazdaságtan az egészségfejlesztés szolgálatában

Article review: Health geography and behavioral economics helps health promotion

Ismertető: [Uzzoli Annamária](#)

Doi: [10.58701/mej.15011](https://doi.org/10.58701/mej.15011)

Ismertetett cikk: Barber, B. V., Kephart, G., Martin-Misener, R., Vallis, M., Matthews, S., Atkins, L., Cassidy, C., Curran, J. & Rainham, D. (2023). Integrating health geography and behavioral economic principles to strengthen context-specific behavior change interventions. *Translational Behavioral Medicine*, ibad065, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad065>

Kulcsszavak: egészségföldrajz; viselkedési közgazdaságtan; egészségmagatartás-változtatás

Keywords: *health geography; behavioral economics; health behavior change*

HÁTTÉR

A cikk olyan szakirodalmi források bemutatására épül, amelyekben az egészséggel összefüggő magatartásformák – például dohányzás, fizikai inaktivitás, túlzott alkoholfogyasztás, helytelen táplálkozás – visszaszorítását célzó magatartás-változtató beavatkozásokkal foglalkoznak. A szakirodalmi áttekintés arra keresi a választ, hogy ezek a beavatkozások mennyire bizonyulnak hatékonyak a kockázatok mérséklésében és a krónikus betegségek megelőzésében.

Általános tapasztalat az, hogy a lakossági szinten történt nagyszabású erőfeszítések nem minden esetben járnak együtt számottevő sikerekkel a krónikus betegségek okozta terhek csökkentésében. Az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások ugyanis sokfélék lehetnek és nagyon különbözhetnek egymástól, például attól függően, hogy milyen demográfiai, társadalmi-gazdasági

jellemzőkkel bír az a közösség, amelyekre éppen irányulnak. A cikk szerzői szerint új megközelítésre van szükség annak meghatározásához, hogy mikor, hol és hogyan kell beavatkozni a kockázati tényezőkhez kötődő magatartásminták eredményes megváltoztatása érdekében.

MÓDSZERTAN

A cikk elsődlegesen az egészségföldrajz és a viselkedési közgazdaságtan elméleti és módszertani alapelveit integrálja. Ezzel arra keresi a választ, hogy e két diszciplína hogyan segítheti a magatartás-változtatást célzó beavatkozásokat. Számos térbeli és időbeli jellemző bonyolult kölcsönhatásának az eredménye, hogy az egyének milyen döntéseket hoznak az egészségmagatartásukat befolyásoló tényezőkről. Nemcsak a döntéshozóknak, de az embereknek is alapvető kérdés az, hogy mikor, hol és hogyan tervezzék azokat a tevékenységeiket, amelyek

hatással vannak az egészségmagatartásukra, illetve amelyekkel leginkább alkalmazkodhatnak a meglévő krónikus betegségeikhez.

Egyrészt, az egészségföldrajz módszereit felhasználva számos példán keresztül kerülnek bemutatásra azok a technikák, amelyekkel meghatározni és mérni lehet az egyének közötti interakciók térbeli-időbeli dimenzióit. Ennek akkor van jelentősége, ha például meg akarjuk azt érteni, hogy az egyének egészségmagatartással kapcsolatos interakciói milyen terekhez és milyen gyakorisággal kötődnek, tevékenységeik térbeli és időbeli megvalósulását hogyan befolyásolják a meglévő krónikus betegségeik. Másrészt, a viselkedési közgazdaságtan szemléletének segítségével történik meg a leghatékonyabb és a leginkább gazdaságos beavatkozási stratégiák számbavétele, amelyek alkalmasak lehetnek az egészségmagatartással kapcsolatos egyéni szokások sikeres megváltoztatására. A szerzők kísérletet tesznek arra, hogy bemutassák, hogyan lehet ötvözni az egészségföldrajz módszertanát és a viselkedési közgazdaságtan elméletét ahhoz, hogy a krónikus betegségekkel kapcsolatos egészségmagatartás térbeli és időbeli összefüggéseit megértsük, és ezt a tudást alkalmazni tudjuk a magatartás-változtatásra, viselkedésmódosításra irányuló beavatkozásokban.

NÉHÁNY PÉLDA AZ EGÉSZSÉG-FÖLDRAJZI MÓDSZEREKRE

A cikk kutatási előzmények és szakirodalmi források alapján több példát is bemutat arra, hogy az egészségföldrajz milyen módszertani technikákat alkalmaz az egészségmagatartás térbeli és időbeli jellemzőinek feltérképezésében.

Az időmérleg-felvétel a népesség időfelhasználásáról szolgáltat adatokat, eszköze az időmérlegnapló, amely a nap 24 órája alatt végzett tevékenységeket, valamint az ezekre fordított időt tartalmazza.

Például ilyen használtak sok helyen a COVID-19 járvány korlátozásai alatt arra, hogy felmérjék, az emberek mikor, hol és hogyan változtatták meg mindennapi tevékenységeiket.

Az ökológiai pillanatnyi értékelés (ecological momentary assessment, EMA) a valós idejű adatok gyűjtését, az egyének aktuális magatartásának a felmérését, a különböző egyéni tevékenységek időalapú vagy véletlenszerű értékelését, illetve mindezek többszöri megismétlését teszi lehetővé. Az EMA egy elektronikus eszköz (például okostelefon) segítségével a nap folyamán rögzített vagy véletlenszerű időpontokban értesíti a résztvevőket, hogy válaszoljanak a felmérés kérdéseire, valamint írják le mindennapi és pillanatnyi tevékenységeiket, azok külső körülményeivel együtt. Ilyet lehet alkalmazni például a gyermekek és hozzátartozóik (családtagok, barátok) közös szabadidős fizikai aktivitásának környezettel való összefüggéseinek a megértésében.

A geoökológiai alapú pillanatnyi értékelés (geographically explicit ecological momentary assessment, GEMA) során az EMA-eszköz globális helymeghatározó rendszerrel (GPS) van kiegészítve, így az EMA-értesítések időzítése a résztvevők tartózkodási helyéhez van kötve, ahol a konkrét események, tevékenységek megtörténnek. Például volt már olyan felmérés, ahol a GEMA-t a hátrányos helyzetű fiatalok dohányzásról való leszoktatásában alkalmazták a lokális tényezők szerepének felmérésében.

A VISELKEDÉSI KÖZGAZDASÁGTAN ELMÉLETE

A viselkedési közgazdaságtani alapelvek rávilágítanak arra, hogy az egészségmagatartással kapcsolatos mindennapi döntéseket nem pusztán a belső automatizmusok vagy a reflektív gondolkodási folyamatok vezérlik, mivel az egyének döntéseit erősen befolyásolják a környezeti feltételek és ingerek. Az ún. MINDSPACE mozaikszó a viselkedési

közgazdaságtan elméleti keretrendszerét foglalja magában és utal az egészségmagatartásunkat befolyásoló tényezőkre:

Messenger – hírvivő
Incentives – ösztönzők
Norms – értékek
Defaults – alapértelmezések
Salience – figyelemfelkeltés
Priming – felkészítés
Affect – érzelem
Commitment – elköteleződés
Ego – én

KÖVETKEZTETÉS

Az ismertetett cikk végeredményben azt tárgyalja, hogyan lehetne az egészségföldrajz elméletét és módszertanát alkalmazni az egészséggel kapcsolatos magatartásformák térbeli és időbeli jellemzőinek megismerésében, illetve hogyan lehetne a viselkedési közgazdaságtani stratégiákat felhasználni az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások megtervezésében. Mindezek lehetőséget adnak az egyéni szintű egészségügyi adatok és információk gyűjtésére és kiértékelésére, amelyek segíthetik a krónikus betegségek megelőzését, valamint azok terhének csökkentését. Ugyanis a krónikus betegségek prevenciója megköveteli az egyén egészségmagatartásának, egészséggel kapcsolatos viselkedésének többdimenziós megértését annak érdekében, hogy a magatartás-változtatást célzó beavatkozások egyéni szinten megvalósíthatók, a különböző térbeli és időbeli feltételekhez és körülményekhez adaptálhatók, illetve a különféle populációk összetételének megfelelően felhasználhatók legyenek. A szerzők által megfogalmazott javaslat lényege, hogy az egészségföldrajz módszertanának és a viselkedési közgazdaságtan alapelveinek együttese segítheti a személyre szabott beavatkozások kidolgozását. Ennek végső célja, hogy az egyén saját maga tervezze meg és dolgozza ki az egészségmagatartásának megváltoztatására irányuló stratégiát.

AJÁNLÁS

A bemutatott elmélet és gyakorlat felhívja a figyelmet a helyalapú beavatkozások (place-based interventions) alkalmazási lehetőségeire az egészségfejlesztésben, amely közvetlenül és közvetetten is hozzájárulhat az egészségi állapot javításához és az egészségyenlőtlenségek csökkentéséhez (McGowan és mtsai, 2021). Magyarországon különösen nagy jelentősége van a területiségnek az egészségyenlőtlenségekben, hisz szignifikáns különbségek tapasztalhatók a főbb egészségindikátorok vármegyei, járási és települési szinten mért értékeiben (Kiss, 2016). Számottevő eltérések léteznek az ország egyes részei között a társadalmi, gazdasági, kulturális, környezeti stb. feltételekben, például az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyeiben, az egészségügyi szolgáltatók elérhetőségében, helyi egészségügyi ellátás minőségében vagy az egészséges életmód lehetőségeiben, valamint mindezek következményeként az egészségi állapotban és az életesélyekben (Bíró és mtsai, 2020, Scheiring és mtsai, 2018). Alapvetően különböznek a szocio-kulturális vagy éppen szocio-demográfiai adottságok a városokban és a falvakban, de szintén jellemző eltérések lehetnek településrészek között is, amelyek jelentékeny módon befolyásolhatják az egészségmagatartást, és ezen keresztül pedig a krónikus betegségek kialakulását és hosszú távú fennállását (Pál és mtsai, 2021). Ezek mellett nem mehet el szó nélkül az egészségfejlesztés, hanem például interdiszciplináris együttműködésekkel erősítheti a tudományos kutatás szerepét a döntéshozatalban (evidence-based policy), valamint integrálhatja az egészségföldrajz és a viselkedési közgazdaságtan szemléletét és módszertani eszközeit (mixed methods research).

HIVATKOZÁSOK

- Barber, B. V., Kephart, G., Martin-Misener, R., Vallis, M., Matthews, S., Atkins, L., Cassidy, C., Curran, J. & Rainham, D. (2023). Integrating health geography and behavioral economic principles to strengthen context-specific behavior change interventions. *Translational Behavioral Medicine*, ibad065, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad065>
- Bíró, A., Hajdu, T.; Kertesi, G. & Prinz, D. (2020). The Role of Place and Income in Life Expectancy Inequality: Evidence from Hungary. *CERS-IE Working Papers*, 19, <https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2020/04/CERSIEWP202019.pdf>
- Kiss, É. (2016): Területi különbségek a hazai népesség egészségi állapotában, 1989 után. *Területi Statisztika*, 56(5), 483–519. <https://doi.org/10.15196/TS560501>
- McGowan, V. J., Buckner, S., Mead, R., McGill, E., Ronzi, S., Beyer, F. & Bambra, C. (2021). Examining the effectiveness of place-based interventions to improve public health and reduce health inequalities: an umbrella review. *BMC. Public Health*, 21, 1888, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11852-z>
- Pál, V., Boros, L., Trócsányi, A., Uzzoli, A., Nagy, Gy., Kovalcsik, T., Szilassi, P., Gál, T., Gulyás, Á., Pirisi, G., Ilcsikné Makra, Zs. & Lados, G. (2021). Életkörülmények, életminőség. Az életkörülmények és az életminőség települési oldala. Települési környezet. In: Kocsis, K., Kovács, Z. & Nemerkenyi, Zs. (szerk.): Magyarország nemzeti atlasza 3. kötet. Társadalom. Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, Budapest. 170–175.
- Scheiring, G., Irdam, D. & King, L. (2018). The wounds of post-socialism: a systematic review of the social determinants of mortality in Hungary. *Journal of Contemporary Central and Eastern Europe*, 26(1), 1–31. <https://doi.org/10.1080/25739638.2017.1401285>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Uzzoli Annamária
HUN-REN Csillagászati és Földtudományi Kutatóközpont Földrajztudományi Intézet, Budapest
annamaria.uzzoli@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 01. 22.
Elfogadva: 2024. 03. 04.
Megjelentetve: 2024. 06. 12.

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

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Út az egészség és jóllét felé - a hallgatók és a munkatársak közös stratégiája

Article review: Co-Creating a Health and Wellbeing Strategy for Students and Staff

Ismertető: [Varga Zsuzsanna](#)

Doi: [10.58701/mej.15455](https://doi.org/10.58701/mej.15455)

Ismertetett cikk: Cooper, B., Border, N., & Couperthwaite, F. (2023). Co-Creating a Health and Wellbeing Strategy for Students and Staff. *Student Success*, 14(3), 136–144.

Kulcsszavak: egészség; jóllét; feltáró kutatás; stratégiafejlesztés

Keywords: health; wellbeing; Appreciative Inquiry; strategy development

BEVEZETÉS

Ausztráliában a mentális betegségek és a pszichológiai distressz egyre növekvő szintje – különösen a felsőoktatásban – megerősíti az egészség és jóllét holisztikus megközelítésének szükségességét. Az egyetemi polgárok, mind a hallgatók, mind a munkatársak fokozott pszichológiai kihívásokkal szembesülnek, amelyeket a Covid-19-hez hasonló globális válságok tovább súlyosbítanak.

Az egészség és a jóllét elősegíti az egyének rugalmas alkalmazkodását, a kreativitást és a döntések meghozatalának képességét. Összességében növeli az elégedettséget, ami pozitívan hat az egyén és a szervezet teljesítményére is. A szerzők hangsúlyozzák azt is, hogy a

hallgatók és a munkatársak jólléte szorosan összefügg. A jóllétet befolyásoló tényezők egyéni, interperszonális, közösségi és strukturális szinten jelenhetnek meg. A szerzők úgy látják, hogy Ausztráliában az egyetemek többsége inkább az egyéni szintre fókuszál, kevesebb figyelmet fordítva a strukturális és rendszerszintű tényezőkre.

A tanulmány bemutatja a Queenslandi Műszaki Egyetem (Queensland University of Technology, QUT) egészség és jóllét stratégiáját, valamint azt, hogy a QUT hogyan alkalmazta a feltáró kutatás¹ (FK, Appreciative Inquiry) módszertanát az átfogó stratégia megalkotásában.

¹ A feltáró kutatás (FK), azaz az Appreciative Inquiry (AI) egy olyan módszer, amely a pozitív szervezeti fejlesztés elveire építve segít egyéneknek és csoportoknak felfedezni, megerősíteni és kibővíteni azokat a pozitív erőforrásaikat és lehetőségeiket, amelyekkel rendelkeznek, ezáltal tudják a fejlődést biztosítani és így egy építkező alapállással fordulnak céljaik megvalósítása felé.

A GYAKORLAT: EGY EGYSÉGES EGYETEMI EGÉSZSÉG-ÉS JÓLLÉT STRATÉGIA KIALAKÍTÁSA

Az 1989-ben alapított QUT az ausztráliai Brisbane-ben található, több mint 50 000 hallgatónak és közel 5000 munkatárának „ad otthont”. A technológiára és az innovációra összpontosító egyetem vezető intézménnyé nőtte ki magát, így a világ 200 legjobb egyeteme közé rangsorolható.

Az Egészség- és Jólétstratégia projekttel 2021-ben kezdtek el mélyebben foglalkozni. Az egyre növekvő mentális egészséggel kapcsolatos kihívások és a Covid-19 pandémia egyetemi közösséget érintő hatásai miatt a projekt célja egy egységes, átfogó stratégia kialakítása volt. Az egyetemi vezetés által támogatott projektcsapat céljai közé a következők tartoztak: 1) egy egységes, egyetemi szintű megközelítés kialakítása a QUT hallgatói és munkatársai számára, 2) pszichológiailag biztonságos és fizikailag egészséges környezetben történő munkavégzés, és 3) olyan közösség létrehozása, amely aktívan hozzájárul a mentális és fizikai jóléthez egyaránt. A stratégia kialakítása 2021 augusztusa és 2022 augusztusa között zajlott.

FELTÁRÓ KUTATÁS (FK) MÓDSZERTANA

Felismerve a meglévő, de gyakran elszigetelt, önállóan működő egészségre fókuszáló és jóléti szolgáltatások sokaságát, a projektcsapat arra mutatott rá, hogy a szervezeti kultúra változása is szükséges ahhoz, hogy eredményeket érjenek el. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy az individualista megközelítésről az egyetem egészét átfogó megközelítésre helyezték a fókuszot. A feltáró kutatás (FK) módszertanát alkalmazva a projektcsapat célja az volt, hogy a problémák helyett az

erősségekre építsen. Az FK elvei (együttműködés, a társadalmi konstruktivitás és az egyidejűség) összhangban voltak a projekt céljaival, azaz mindkettő hangsúlyozza a közösség bevonását és a pozitív gondolkodást.

Az FK 5 fázisból (meghatározás (*define*), feltárás (*discover*), álmodás (*dream*), tervezés (*design*), megvalósítás (*deliver*)) álló ciklusát alkalmazva a csapat elkezdte feltárni a QUT erősségeit, erőforrásait. A módszertan segítségével nemcsak a stratégia kialakításának folyamatát irányította a csapat, hanem e módszertan használata elősegítette egy befogadóbb, pozitívabb, közösen kidolgozott és az egyetemi közösség fejlesztésének irányába mutató stratégia megfogalmazását is.

MEGHATÁROZÁS, FELTÁRÁS: AZ EGÉSZSÉG ÉS A JÓLLÉT HELYI AKADÁLYAINAK ÉS ERŐSSÉGEINEK FELTÁRÁSA

A QUT az Egészség- és Jólétstratégiajának kidolgozása során a helyi akadályok és erősségek azonosítása érdekében az átfogó közösségi szerepvállalásra épített. A projektet megvalósítók a feltáró kutatás (FK) elveit használva törekedtek arra, hogy a különböző érdekelt feleket bevonják. Összesen 131 hallgató és munkatárs vett részt a személyes találkozókon, műhely-, kerekasztal-beszélgetéseken és felméréseken.

Az FK beszélgetéseken 12 erősségen alapuló és megoldásorientált kérdést, témát azonosítottak, amelyek pozitívan fogalmazták meg az észlelt akadályokat.

ÁLMODÁS ÉS TERVEZÉS

A beszélgetéseket követően egy Jóléti Csúcstalálkozót tartottak 77 résztvevővel

két egymást követő fél napon át. Az első napon előadásokat hallgattak a résztvevők, a második napon pedig ötletbörzét szerveztek, ahol a rendszerszintű, jóllétet befolyásoló, a feltáró szakaszban kialakított 12 kérdés vonatkozásában vetettek fel ötleteket. Emellett egy online fórumon 52 résztvevő 54 hozzászólása és 30 észrevétele gyűlt össze, tovább gazdagítva a folyamatot.

TERVEZÉS ÉS MEGVALÓSÍTÁS: VÉGKIFEJLET - A STRATÉGIA ELSŐ VÁZLATA

A projektcsapat a vélemények összegzésével készítette el a stratégia első változatát, amelyet két héten keresztül véleményezhettek az egyetemi polgárok. Összesen 42 vélemény érkezett be. A visszajelzések szinte mindegyike pozitív és támogató volt az egyetem egészére kiterjedő megközelítés és a közös - minden érintettet bevonó - tervezési folyamat vonatkozásában. Néhány visszajelzést kaptak a tekintetben is, hogy egyfajta feszültség érzékelhető az individuális és a közösségi, egyetemi szintű törekvések között.

EREDMÉNYEK

Az elkészült, végleges stratégia legfontosabb elemeit az 1. ábra foglalja össze, amely megmutatja a hallgatók és munkatársak számára az egész egyetemre vonatkozó megközelítést. Nyolc beavatkozási területet azonosítottak: (1) egyén (tudás, készségfejlesztés és szolgáltatásnyújtás); (2) közösség (kapcsolatok és kultúra); (3) munka és (4) tanulás területei;

(5) fizikai és (6) digitális terek; (7) irányelvek, gyakorlatok és folyamatok, valamint (8) kutatás. Továbbá az egész stratégia a betegségek kezelésére, az ártalmak csökkentésére és az egyéni és szervezeti boldogulás elősegítésére fókuszál. Hat alapelve épít (bizonyítékon alapul, együttműködő, erősségekre építő, fenntartható, bevonó, együttérző - 1. az ábra alsó sorában nevesítettek), amelyek az összes, egészségre fókuszáló és jólléti kezdeményezéshez alapul szolgálnak. Az alapelvekre épülő nyolc beavatkozási területet hangsúlyozó stratégiát a projektcsapat egyhangúlag támogatta.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az egész egyetemre kiterjedő egészség- és jóllétstratégia sikere az egyetemi polgárok közös munkájában rejlik. A projektcsapat érdeme annak felismerése, hogy az egészséget az egyéni jóllétben túlmenően számos tényező befolyásolja, például a fizikai környezet, a munkahelyi, szervezeti kultúra, de emellett hangsúlyozza az egyetemi polgárok bevonásának szükségességét. Ezen érdekelték széleskörű bevonása már a feltárási fázistól kezdve biztosítja a valódi részvételt, hatékonyan alakítja, formálja a stratégiát, és megteremti a végrehajtás alapját. Az FK módszertanának alkalmazása összehangolta az egészség és jóllét területén a különböző szolgáltatásokat, elősegítette a kohéziót és a meglévő erősségek kiaknázását. Erre a sikerre építve a csapat továbbra is alkalmazza az FK elveit a stratégia folyamatos megvalósítása során, ezzel is elősegítve a valódi egészséget és jóllétet az egész QUT-ban.

1. ábra: A QUT Egészség- és jólétstratégiája (Forrás: saját fordítás)



AJÁNLÁS

A cikk bemutatja, hogyan lehet egyetemi szinten hatékonyan kezelni és előmozdítani a hallgatók és munkatársak egészségét és jólétét, valamint kiemeli a feltáró kutatás, mint módszertan hatékonyságát, amely az erősségekre építve segít megteremteni egy átfogó és közösségi alapokon nyugvó stratégia kialakítását. A magyar szakemberek számára értékes

lehet ez a cikk, mivel betekintést nyerhetünk egy sikeres stratégiafejlesztési folyamatba, amelyben a teljes egyetemi közösség részt vett. Ezáltal segíthet abban, hogy saját intézményeinkben vagy közösségeinkben hasonló célokat érjünk el az egészség és jólétstratégiák terén, ami hosszú távon pozitív hatással lehet az egyén és az intézmény teljesítményére egyaránt.

HIVATKOZÁSOK

Cooper, B., Border, N., & Couperthwaite, F. (2023). Co-Creating a Health and Wellbeing Strategy for Students and Staff. *Student Success*, 14(3), 136–144.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Varga Zsuzsanna
Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs
zsuzsanna.varga@aok.pte.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 03. 24.
Elfogadva: 2024. 03. 27.
Megjelentetve: 2024. 06. 12.

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

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Az emberi jóllétre vonatkozó népegészségügyi szemléletek narratív áttekintése

Translation: A narrative assessment of public health perspectives on human well-being

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.15480](https://doi.org/10.58701/mej.15480)

Fordított cikk: El-Gilany, A. [2024]. A narrative assessment of public health perspectives on human well-being. *International Journal of Epidemiology and Health Sciences*, 5:e65. doi:10.51757/IJEHS.5.2024.710364

Kulcsszavak: jóllét; közösség; boldogság; életminőség; népegészségügy
Keywords: wellbeing; community; happiness; quality of life; public health

Absztrakt

HÁTTÉR: Az emberi jóllét (*human wellbeing*) az egészség szinonimája, és az egészségi állapot egyéni és közösségi szintű értékelésénél figyelembe kell venni.

MÓDSZEREK: Ebben a narratív irodalmi mini-áttekintésben a *Google Scholar* és a *PubMed* olyan angol nyelvű, teljes szövegű publikációkat és weboldalakat kerestek, amelyekben a „jóllét”, valamint a „definíció”, „típusok”, „mérés” és „fontosság” kulcsszavak kombináltan szerepeltek. Az összes kigyűjtött szakirodalmat értékelték az áttekintésbe való bevonás céljából, és a legrelevánsabb cikkeket választották ki.

EREDMÉNYEK: Ez a mini-áttekintés az emberi jóllét különböző definícióit és a kapcsolódó fogalmakat vázolja fel. A szerzők a jóllét (*wellbeing*) szempontjait és népegészségügyi előnyeit tárgyalják. Felsorolják az emberi jóllét mérésére használt számos kérdőívet. Végül a jólléttel kapcsolatos népegészségügyi aggályokat ismertetik.

KÖVETKEZTETÉS: Szükség van a népegészségügyi szakemberek, pszichológusok, szociológusok és orvosok hatékony együttműködésére a betegség hiányánál többet jelentő jólléttel kapcsolatos különböző társadalmi és kulturális szempontból releváns terminológiák operatív meghatározása céljából.

Abstract

BACKGROUND: Human Wellbeing (HBW) is synonymous with health and should be included when assessing health status at the individual and community levels.

METHODS: In this narrative literature mini review, Google Scholar and PubMed were searched for published full-text English publications and websites that included the keywords wellbeing, definition, types, measurement, and importance. All collected literature was evaluated for inclusion in the review. The most relevant articles were selected.

RESULTS: This mini review outlines the various definitions of HBW and associated concepts. The aspects and public health benefits of WB were discussed. The many tools used to measure HBW were listed. Finally, the public health concerns associated with WB were described.

CONCLUSION: There is a need for effective collaboration among public health specialists, psychologists, sociologists, and physicians to operationally define the various socially and culturally relevant terminology associated with WB, which should be considered more than the absence of disease.

BEVEZETÉS

A jólét fogalma a fejlődés része. Az emberi jólét fogalma és annak az emberi élethez való hozzájárulása világszerte egyre népszerűbb.¹ Az emberi jólétet nehéz meghatározni és mérni, ez egy többdimenziós fogalom, amely különböző nézőpontokat és fogalmakat foglal magában. Ugyanakkor mind a fizikai, mind a mentális egészséghez egyaránt kapcsolódik. A pszichológiában és a társadalomtudományokban az emberi jólétet általánosan úgy határozzák meg, mint a vágyak kielégítése, a boldogság, a jó élet vagy a sikeres boldogulás.²

Az emberi jólét szorosan kapcsolódik a fenntartható fejlődési célokhoz (*Sustainable Development Goals; SDG*), és erős pozitív korrelációt mutattak ki az emberi jólét önbevallás szerinti értékei és az SDG-k elérése között, valamint az emberi jólét növekedése az SDG-khez való hozzájárulás.³ A 3. SDG biztosítja az egészséges életmódot és elősegíti az emberi jólétet

mindenki számára. Az egészség és az emberi jólét ennek, valamint a korábbi célok eredményei.⁴

Az emberi jólét fogalma tág és multidiszciplináris, szubjektív és objektív összetevőkkel, beleértve az élettél való elégedettséget, valamint a pozitív és negatív érzelmeket.⁵ A pszichológiai emberi jólét az öröm, a társadalmi vagy gazdasági sikeresség, valamint az önmagunkkal és másokkal való harmónia személyes értékelésén alapul, míg a fizikai emberi jólét a jó egészségen és a szükségletek kielégítésén.⁶

A munka egyszerre jótékony és negatív hatással is van az egészségre és a jólétre. Egy korábbi tanulmány szerint a munka az egészség minden elemére hatással van.⁷

Az évek során számos kísérlet történt az emberi jólét többdimenziós jellemzőinek mérésére. Ez a narratív áttekintés az emberi jólétet népegészségügyi szempontból vizsgálja.

MÓDSZEREK

A *Google Scholar* és a *PubMed* keresőprogramokban 2024. január 23-ig a "jólét" kulcskifejezést a "definíció", "típusok", "mérés", "fontosság" és "kihívások" kombinációjával keresték angol nyelvű teljes szövegű publikációkban és weboldalakon. A kombinációkat az "AND" és az "OR" logikai operátorok segítségével hozták létre. Az összes összegyűjtött szakirodalmat értékelték a felülvizsgálatba való felvétel céljából, és kiválasztották a legrelevánsabb cikkeket.

EREDMÉNYEK

Meghatározás

Az emberi jólét többféleképpen is meghatározható, például, mint az egészség, az életszínvonal, az emberi jólét, a boldogság és az életminőség. Az emberi jólét másik meghatározása: az egyén elképzeléseiből, érzelmeiből, viselkedéséből, jólétiérzéséből és tapasztalataiból eredő vitalitás- és egészségérzet. A jólét – definíció szerint – akkor lép fel, ha szociálisan összekapcsolódottnak, boldognak, egészségesnek és hasznosnak érezzük magunkat.^{8,9} A jólétet a következő öt elem közül, egy vagy több előfordulásaként határozzák meg: elkötelezettség, pozitív érzés, hasznosság, kapcsolatok és teljesítmények.¹⁰

Az emberi jólét és kapcsolódó fogalmak

A jólét számos fogalomra utal, többek között az egészségre, jólétre, önbecsülésre, önhatékonyagra, önmeghatározásra, rezilienciára, életminőségre, hangulatjavulásra, pozitív mentális egészségre, életelégedettségre és értékességre.^{11,12}

Egészség: Az Egészségügyi Világszervezet szerint az egészség "a teljes fizikai, szociális és mentális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy a gyengeség hiánya", illetve az egyének és a társadalmak számára pozitív állapot. Gazdasági,

társadalmi és környezeti tényezők befolyásolják. Az egészség alapvető emberi jog.¹³ A jólét eszméje szorosan kapcsolódik a mentális egészséghoz, és olyan kétirányú kapcsolat áll fenn, amelyben a jólét egyszerre az egészség előrejelzője és következménye. A mentális egészség pozitív fogalom, amely az egyének és közösségek érzelmi és szociális jólétére utal. Mentálisan egészségesnek lenni vagy jó mentális egészséggel rendelkezni a jólét általános állapotára utal.^{14,15}

Boldogság: A jólétre a boldogsághoz hasonlóan szokás gondolni, de jelentésük mégis különbözik. A boldogságnak három fajtáját különböztetik meg: az élettel való elégedettség, a kellemes érzések és a kevés negatív érzés.⁹ A boldogság az ember pillanatnyi érzéseit jelenti, míg a jólét a boldogságon kívül magába foglalja még az élettel való elégedettséget, az életüket irányító függetlenség érzését és életcélokat. A szubjektív jólét a boldogság tudományos kifejezése.^{16,17}

Wellness, ami a jólét (*wellbeing*) és a jó fizikai állapot (*fitness*) szavak összevonásából származik: Az optimális egészségért és jólétért való aktivitás, fejlődés.¹⁸ Ez egy önirányított, céltudatos és állandó folyamat, amelyben az egyének kiteljesítik teljes potenciáljukat, hogy jó és elégedett életet éljenek.¹⁹ A wellness tevékenységek széles körét foglalja magában, beleértve a munkával való elégedettséget, a fizikai aktivitást, az egészséges étrendet és táplálkozást, az alkoholtól, dohánytól és drogoktól való tartózkodást, a környezethez és a közösséghez való hozzájárulást, a kreativitást és a szellemi tevékenységeket, az emberi lét célját és végül a saját érzések elfogadását.^{19,20}

Életminőség (*quality of life; QOL*): A jólét figyelembe veszi az életminőséget és az egyének és közösségek hozzájárulását a globális népességhez. Magában foglalja a jólétet, az erőforrások igazságos elosztását és a fenntarthatóságot.¹³ A QOL-t úgy írják le, mint az egyén teljes életörömét, beleértve a jólét érzését és a mindennapi

élettevékenységek elvégzésének képességét. A jólét az egyén vagy csoport által tartósan megélt fizikai és mentális egészségre utal.²¹

A jólét pillérei

Az alábbiakban a személyes jólét öt pillére következik, amelyeket együttesen kell vizsgálni az egyensúly megteremtése érdekében:^{9,22,23}

1. Érzelmi, mentális vagy pszichológiai jólét (örömrézet): a stressz kezelésének és csökkentésének képessége, miközben az egyén megőrzi belső egyensúlyát, és pozitív érzelmei tudatában van.
2. Fizikai jólét (egészségesnek érzi magát): Ez magában foglalja a megfelelő táplálkozást, a fizikai aktivitást és a megfelelő alvást a testi működés elősegítése érdekében.
3. Szociális jólét (másokhoz tartozás érzése): Az emberekkel való beszélgetés és intimitás kialakításának képessége. Ez olyan szociális képességeket igényel, mint a kedvesség, a hálaérzet és a kommunikáció.
4. Munkahelyi jólét (kiteljesedés a munkahelyen): Arra utal, hogy a munkavállalók hogyan érzik magukat a munkájukkal kapcsolatban, és arra törekшенek, hogy szavatolják biztonságukat, elégedettségüket, egészségüket és foglalkoztatottságukat. Tartalmazza a hobbikat, a célt és a munkahelyi készségeket, amelyek elégedettséghez, hasznossághoz és gazdagodáshoz vezetnek.
5. Szociális jólét (közösséghez tartozás érzése): A közösség, a kultúra és a környezet megteremtésében való aktív részvételre utal.

A emberi jólétet személyes vagy egyéni jólétként és közösségi vagy nemzeti jólétként is szokták osztályozni. A jólét összefügg a személyes, szakmai és interperszonális szintű sikerrel. A magas

jóléttel rendelkező egyének produktívabbak a munkában, hatékony szakemberek, kreatívak, felelősségteljesek és pozitív kapcsolatokkal rendelkeznek.^{24,25,26}

A közösségi jólét olyan társadalmi, kulturális, gazdasági, politikai és környezeti tényezők összessége, melyeket az egyének és közösségek szükségesnek tartanak ahhoz, hogy teljes potenciáljukat elérjék és boldoguljanak.²⁷

A emberi jólét mérése

Számos technika áll rendelkezésre a szubjektív és pszichológiai jólét értékelésére mind egyéni, mind közösségi szinten. Egyik sem ideális, de mind-egyiknek vannak előnyei és hátrányai.

Az egyéni jólét mérése

Kritikus fontosságú a jó és a rossz érzések, valamint az élettől való elégedettség felmérése. A magas szubjektív vagy hedonikus (érzelmi) jóléttel rendelkező személy több kellemes, mint negatív érzelmet él át, és elégedett az életével. A pszichológiai vagy eudaimonikus (értelmi) jólét a teljes potenciál elérését hangsúlyozza a pszichológiai növekedés és fejlődés révén.^{28,29}

Számos hedonikus skála létezik a pszichológiai és érzelmi jólét értékelésére, köztük a Szubjektív Boldogság Skála, a Pozitív és Negatív Élmények Skálája, az Élettől Való Elégedettség Skála, a Negatív és Pozitív Affektusok Skálája, valamint a Nemzetközi Jóléti Index (IWI).

Az eudaimonikus jólétet mérő eszközök közé tartozik az Eudaimonikus Jólét Kérdőív, a Boldogulási Skála, az Élet Értelme Kérdőív, a Szociális Jólét Skála, a Pszichológiai Jólét Ryff Skálája, a Santa Clara Vallási Hit Erősség Kérdőív rövid változata, a Boldogság Sérülékenysége és a Boldogság Félelme Skála, az Individualizmus, valamint az 5 tételes WHO Jólét Index (WHO-5), illetve a Kollektívizmus Skála.^{17,30,31}

A közösségi jólét mérése

Sok ország gyűjt adatokat az objektív jólét bizonyos mutatóiról, mint például a jövedelem, a várható élettartam, az iskolázottság és a biztonság. Néhány ország rutinszerűen gyűjt statisztikákat a szubjektív jólét-mutatókról, beleértve az étellel való elégedettséget és a boldogságot.³²

A jólétnek számos közösségi szintű mérőszáma létezik, amelyek közül egyik sem kielégítő. Olyanok, mint a Bruttó Hazai Termék [GDP], az Emberi Jólét Indexe (HBWI), az Emberi Fejlődés Indexe [HDI], a Fenntartható Gazdasági Jólét Indexe [ISEW], az Oktatási Eredmények, a Nemek Közötti Egyenlőtlenség Indexe, a Bruttó Nemzeti Jövedelem [GNI], a Népeségi Trendek, a Warwick-Edinburgh Mentális Jólét Skála ["WB", együtt: "WEMWBS"], az Egészségi Eredmények, az Emberi Biztonság, a Munkahelyi Biztonság, a családi élet minősége, a személyes fizikai biztonság minősítése, az éghajlat, a politikai szabadságjogok állapota, a közösségi élet és a kormányzat minősége.^{1,33,34,35,36}

A jólét népegészségügyi előnye

A kutatók felfedezték, hogy azok az emberek, akik boldogok és pozitív szubjektív jólétük van, nagyobb valószínűséggel egészségesebbek, hosszabb ideig élnek, jobbak a társas interakciók és hatékonyabban dolgoznak. Így a magas szubjektív jóléttel rendelkezők hatékonyabban működnek, mint azok, akik depressziósak, krónikusan aggódnak vagy dühösek.^{17,37}

A pozitív érzelmek csökkentik a feszültséget és ösztönzik az ellazulást, ami segít a stresszkezelésben. Kimutatták, hogy a szubjektív jólét összefügg a szívbetegségek és a sztrók alacsonyabb kockázatával, a betegségből való gyorsabb felépüléssel és az egészséget elősegítő magatartásformák fokozott használatával. A kutatások szerint a boldog érzelmeket átélők kreatívabbak és produktívabbak. Több pénzt keresnek, együttműködnek

másokkal, kevésbé hajlamosak veszélyes tevékenységekben részt venni, és erősebbek a szociális interakcióik.^{35,38,39,108,108}

A népegészségügy jóléthez kapcsolódó kihívásai

Az emberi jólét egy homályos fogalom, amely ellenáll a könnyű és egyértelmű leírásnak. Struktúrájának és természetének megértése a filozófiai és társadalomtudományi kutatások egyik nehézsége. A jóléttel kapcsolatos népegészségügyi kihívások a következőképpen jellemezhetők:

- Kulturálisan érzékeny eszközök kifejlesztése különböző nyelveken a személyes jólét mérésére az életciklus során és különböző fiziológiai és patológiai helyzetekben. Ez lehetővé teszi az időbeli tendenciák kimutatását, valamint az egyének közötti összehasonlítást.
- A kultúrák és időszakok közötti összehasonlításra alkalmas, közösségi szintű jólét-indikátorok kidolgozás alatt vannak.
- A jólét a boldogságérzet állapotát jelenti, és azt, hogy az ember a világban a teljes potenciálját megvalósítja. Szubjektíven és objektíven is számszerűsíthető, de a szalutogén, vagy pozitív megközelítés (a wellness, amely az egészségre és nem a betegségre összpontosít) nehezen számszerűsíthető.
- A népegészségügyi célok érdekében konszenzusra van szükség az egészség, a jólét, a wellness, a boldogság és az életminőség kapcsolódó fogalmak közötti különbségek és átfedések tekintetében.
- Több kutatás szükséges a jólét és a kapcsolódó fogalmak társadalmi, gazdasági, viselkedési, kulturális, vallási és klinikai tényezőiről.

- Különös figyelmet kell fordítani az olyan hátrányos csoportokra, mint a marginalizált emberek, etnikai kisebbségek, menekültek, migránsok, nyomornegyedekben élők, bizonyos kultúrákban és foglalkozási csoportok élő nők.

KÖVETKEZTETÉS

A jólét egy bonyolult, transzdisziplináris fogalom. Az egészséggel felcserélhetően

használják, és figyelembe kell venni az egészségi állapot egyéni és közösségi szintű értékelésénél. Szükség van a népegészségügyi szakemberek, pszichológusok, szociológusok és orvosok hatékony együttműködésére a jóléthez kapcsolódó különböző kifejezések operatív meghatározásához, amelyet többnek kell tekinteni, mint a betegségek hiányát. Ennek a terminológiának szociálisan és kulturálisan megfelelőnek kell lennie a vallásos közösségek számára is.

HIVATKOZÁSOK

1. Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5:63.
2. Clark, D. Defining and Measuring Human Wellbeing. In Bill Freedman (ed.), *Global Environmental Change*, 2014:833–855.
3. De Neve, J.E., Jeffrey, D., Sachs, J. The SDGs and human wellbeing: a global analysis of synergies, tradeoffs, and regional differences. *Sci Rep* 2020; 10:15113.
4. Guégan, J.F., Suzán, G., Kati-Coulibaly, S., Bonpamgue, D.N., Moatti, J.P. Sustainable Development Goal #3, “health and well-being”, and the need for more integrative thinking. *Veterinaria México OA*. 2018;5(2):1–18. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/vetmexoa/v5n2/2448-6760-vetmexoa-5-02-00003.pdf>.
5. Talukdar, P., Baruah, A. Wellbeing and pregnancy. *Indian J Psy Nsg* 2022; 19:83–8.
6. ICSU, ISSC. Review of the Sustainable Development Goals: The science perspective. Paris (FR): International Council for Science (ICSU); 2015. Available from: <https://www.genderportal.eu/resources/review-sustainable-development-goals-science-perspective>.
7. Litchfield, P., Cooper, C., Hancock, C., Watt, P. Work and Wellbeing in the 21st Century. *Int J Environ Res Public Health* 2016; 13(11):1065.
8. Huppert, F.A. Psychological wellbeing: evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol Health Wellbeing* 2009;1(2):137–64.
9. Davis, T. Wellbeing Definition, Meaning, and Strategies. Available from: <https://www.berkeleywellbeing.com/what-is-well-being.html>.
10. Forgeard, M., Eranda, J., Kern, M., Seligman, M.E. Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *Int J Well Being* 2011; 1:79–106.
11. Huppert, F.A. Challenges in defining and measuring wellbeing and their implications for policy. *Future directions in wellbeing* 2017: 163–167. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-56889-8_28.
12. Simons, G., Baldwin, D. A critical review of the definition of wellbeing for doctors and their patients in a post Covid-19 era. *Int J Soc Psychiatry* 2021;67(8): 984–991.
13. WHO. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>.
14. WHO Regional Office for Europe Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-107309>.
15. Sfeatcu, R., Cernuşcă-Miţariu, M., Ionescu, C., Roman, M., Cernuşcă-Miţariu, S., Coldea, L., et al. The concept of wellbeing in relation to health and quality of life. *Eur J Sci Theolog* 2014;10(4):123–128. Public health and Human wellbeing
16. New economics foundation (NEF). Measuring Wellbeing a Guide for Practitioners. 2012. Available from: <https://neweconomics.org/uploads/files/measuring-wellbeing.pdf>.
17. Diener, E. Happiness: the science of subjective well-being. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. 2022. Available from: <https://nobaproject.com/modules/happiness-the-science-of-subjective-well-being>.
18. Radhakrishnan, R. What Is Health and Wellness? 2022. Available from: https://www.medicinenet.com/what_is_health_and_wellness/article.htm.
19. Stoewen, D.L. Health and wellness. *The Canadian Veterinary J* 2015; 56(9):983–984.
20. Hettler, B. The Six Dimensions of Wellness Model. 1976. Available from: <https://cdn.ymaws.com/members.nationalwellness.org/resource/resmgr/pdfs/sixdimensionsfactsheet.pdf>.
21. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Health-Related Quality of Life (HRQOL). 2022. Available from: <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/hrqol/index.htm>.
22. Wellbeing people. What does wellbeing actually mean? 2023. Available from: <https://wellbeingpeople.com/optimal-wellbeing/what-does-wellbeing-actually-mean/2023/>.
23. Sinclair, J. What is social well-being? Definition, types, and how to achieve it. 2021. Available from: <https://www.betterup.com/blog/what-is-social-well-being-definition-types-and-how-to-achieve-it>.
24. Diener, E. New findings and future directions for subjective well-being research. *Am Psychol* 2012;67(8):590.

25. Huppert, F.A., So, T.T. Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. *Soc Indic Res* 2013;110(3):837–61.
26. Oishi, S., Diener, E., Lucas, R.E. The optimum level of well-being: can people be too happy? *Perspect Psychol Sci.* 2007;2(4):346–60.
27. Wiseman, J., Brasher, K. Community wellbeing in an unwell world: trends, challenges, and possibilities. *J Public Health Policy* 2008; 29: 353–366.
28. Ryan, R.M., Deci, E.L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:14166.
29. Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, A., Matz, S., Huppert, F. Wellbeing is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes* 2020; 18:192.
30. Topp, C., Ostergaard, S., Sondergaard, S., Bech, P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the literature. *Psychother Psychosom* 2015; 84:167–176.
31. Lambert, L., Hotchkiss, L., Passmore, H. Measuring wellbeing: How and why? *Positive Psychology in the Middle East/North Africa* 2019:207–234. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-13921-6_10.
32. Myers, D.G., Diener, E. The scientific pursuit of happiness. *Perspect Psychol Sci* 2018;13(2):218–225.
33. Ashton, K., Jones, C. Geographies of human wellbeing. Published by: Geography Teachers' Association of Victoria Inc (Global Education Project Victoria). 2013 Available from: <https://www.gtav.asn.au/documents/item/40>.
34. Daly, H.E., Cobb, C.W. For the Common Good: Redirecting the Economy toward Community, the Environment and a Sustainable Future; Beacon Press: Boston, MA, USA, 1990;11(1):346–347. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/027046769101100137>.
35. Summers, J., Smith, L., Harwell, L., Buck, K. The Development of a Human Well-Being Index for the United States. *Quality of Life and Quality of Working Life* 2017. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/55349>.
36. Ward, N. Global indicators and benchmarks for human wellbeing. *Geography Bulletin* 2018; 50(3):38–47. Available from: https://www.gtansw.org.au/files/geog_bulletin/2018/3_2018/07_GTA%20Bulletin%20Issue%203%202018_Human%20Wellbeing%20indicators%20and%20benchmarks.pdf.
37. Martín-María, N., Miret, M., Caballero, F.F., Rico-Urbe, L.A., Steptoe, A., Chatterji, S., et al. The impact of subjective well-being on mortality: a meta-analysis of longitudinal studies in the general population. *Psychosom Med.* 2017;79(5):565–575.
38. Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 2005;131:80355.
39. Diener, D., Tay, L. A Scientific Review of the Remarkable Benefits of Happiness for Successful and Healthy Living. *Happiness Transforming the Development Landscape*. Ch. 6. Bhutan: The Centre for Bhutan studies and GNH; 2012:95121. Available from: <https://philpapers.org/archive/ADLDDOT.pdf#page=95>.
40. Lasselín, J., Álvarez-Salas, E., Grigoleit, J.S. Wellbeing and immune response: a multi-system perspective. *Curr Opin Pharmacol* 2016; 29:34–41.
41. De Neve, J.E., Diener, E., Tay, L., Xuereb, C. The objective benefits of subjective well-being. *World Happiness Report* 2013. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2306651.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Virai József
Széchenyi István Egyetem Egészség-és Sporttudományi Kar Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr
virai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 03. 25.
Elfogadva: 2024. 03. 26.
Megjelentetve: 2024. 06. 12.

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

SAKMAI 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 mindeztáig 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 tervek szerint idén a koncepciót egy konferencia keretében is bemutatja. Az elkészült koncepciót eljuttattuk az egészségügyért felelős államtitkár és az országos tisztifőorvos számára, illetve további közel 1000 szakmai email-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 szervezetenél regisztráltak, illetve közlésre benyújtották a British Medical Journal Open folyóirathoz. A tervek szerint az áttekintést március közepétől május végéig teljesítik, és az eredményt 2024 második felében

publikálják. 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 adaptálásának lehetőségeit, és javaslatokat