



2025. 3. évfolyam 2. szám

MULTIDISZCIPLINÁRIS  
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT



## TARTALOM

### SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

|                                                         |   |
|---------------------------------------------------------|---|
| Itt a jubileumi lapszám – köszönjük a támogatást! ..... | 1 |
|---------------------------------------------------------|---|

### BESZÉLGETÉSEK

|                                                                                                           |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Szakértői kerekasztal-beszélgetés a gyermekeket célzó élelmiszer-marketing korlátozásáról (kivonat) ..... | 3 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

### VIZSGÁLATOK

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| IBS-es betegek a bevásárlástól az emésztésig .....                                   | 9  |
| Táplálkozási mintázatok és a menstruációs ciklus kapcsolata magyar nők körében ..... | 32 |

### MESTERSÉGES INTELLIGENCIA

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Hadd írja meg magát a tartalom! .....            | 57 |
| Okos MI? Csak akkor, ha mi is azok vagyunk ..... | 60 |

### RECENZÍÓK

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cikkismertetés: Társadalmi kapcsolatok és halandóság összefüggései .....                                        | 64 |
| Cikkismertetés: Az egészségesgyenlőtlenségek társadalmi háttere a szlovákiai roma populációban .....            | 67 |
| Cikkismertetés: Milyen kompetenciákat tart fontosnak a népegészségügyi szakemberek következő generációja? ..... | 71 |
| Cikkismertetés: Nemzeti népegészségügyi stratégiák – áttekintés .....                                           | 74 |
| Cikkismertetés: Politikai polarizáció és egészség .....                                                         | 79 |
| Cikkismertetés: Gyermekeink jólléte a jelenben, befektetés a jövőbe .....                                       | 83 |

### MÁSODKÖZLÉSEK

|                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Másodközlés: Drog-e az alkohol? Avagy hogyan harcolhatunk hitelesen a drogok ellen egy felessel a kezünkben ..... | 87 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### SZAKMAI HÍREK

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A Magyar Addiktológiai Társaság álláspontja a kormány drogellenes kampányáról .....      | 95  |
| Rövid hírek a nagyvilágból .....                                                         | 98  |
| Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei ..... | 102 |

## SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

## Itt a jubileumi lapszám – köszönjük a támogatást!

*Here is the anniversary issue – thank you for your support!*

Ez már a tizedik rendes lapszámunk, amire nagyon büszkék vagyunk. A MEJ olvasottsága töretlenül növekszik, idén márciusban és áprilisban is rekordot döntöttünk, ezt szerzőinknek és olvasóinknak köszönhetjük. Eredményeink röviden számokban:

- 9 rendes lapszám
- 1 különszám
- 136 publikált közlemény
- 9 podcast beszélgetés
- közel 24 000 absztrakt megtekintés (márciusi és áprilisi rekord: 2 574, 2 338)
- mintegy 13 500 teljes cikkletöltés
- 88,82%-os elfogadási arány
- 10 hét elfogadásig eltelt átlagos idő

### Tudományos. Sokszínű. Független.

A MEJ-t azért alapítottuk, hogy fórumot teremtsünk az egészség és a jóllét minél sokszínűbb, sokféle szempont szerint történő tárgyalásához. Célunk, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítsük az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb és teljesebb kép kialakítását. Abban bízunk, hogy a tudományterületek határain átívelő, közös tudás növekedése hozzájárul a magyar lakosság egészségének és jóllétének javulásához.

Idén áprilisban csapatunk szerkesztőségi asszisztenssel bővült, aki támogatja a kéziratok befogadásának folyamatát. Várjuk olyan lelkes hallgatók jelentkezését is, akik egy-egy területhez kapcsolódó szakértelmükkel szívesen szereznének tapasztalatot gyakornokként a szerkesztőségi munkában. A jelentkezőket a szerkesztőség e-mail címére írt üzenetben várjuk: [»mej.folyoirat@gmail.com«](mailto:mej.folyoirat@gmail.com)

Az olvasók, követők mellett támogatóink köre is bővül, akik adományukkal hozzájárulnak a MEJ folyóirat megjelentetéséhez, köszönjük lapunk iránti elkötelezettségüket! Ha Ön is fontosnak tartja a független és hiteles tudományos tájékoztatást, kérjük, csatlakozzon támogatóinkhoz. Az adományokat a folyóiratmegjelentetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működésének biztosítása mellett arra fordítjuk, hogy ez az innováció minél többekhez eljusson a közösségi média felületein is. Részletek a támogatási lehetőségekről: [»Támogatás«](#)

A recenziók rovatban platformot biztosítunk a szerzők saját kutatásának és mások témába vágó vizsgálatainak bemutatása, releváns szakdokumentumok ismertetése mellett nemzetközi lapokban publikált közlemények recenziójának ismertetésére is. Ehhez ötleteket is adunk, a részletek a felhívás oldalán olvashatók: [»Legyen a szerzőnk!«](#)

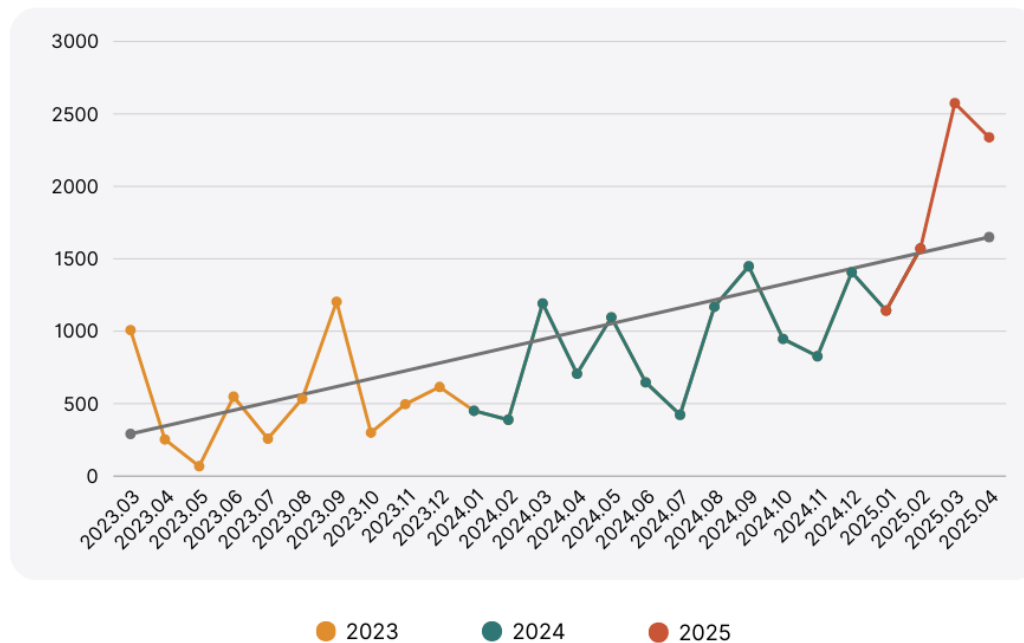
Már a lap indulásától törekszünk az innovációra, ezért a hagyományos tartalmak mellett podcastként megjelenített interjúkat is készítünk olyan kiemelkedő hazai szakemberekkel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk mégis szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jóléthez. 9 beszélgetés már meghallgatható a podcast csatorránkon: [»MEJ podcast«](#)

Friss tartalmainkért kövesse [Facebook](#) és [LinkedIn](#) oldalunkat és iratkozzon fel [YouTube](#) csatornánkra! Adjon nekünk visszajelzést hozzászólásokkal, megosztásokkal, illetve lapozza át újra a MEJ korábbi lapszámain!

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

## Absztraktok havi olvasottsága

Forrás: Open Journal System  
(2025.05.01)



**SAKMAI HÍREK**

## Szakértői kerekasztal-beszélgetés a gyermekeket célzó élelmiszer-marketing korlátozásáról (kivonat)

*Expert roundtable on restricting food marketing to children (extract)*

**Szerző:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.19160](https://doi.org/10.58701/mej.19160)

**Kulcsszavak:** gyermek; élelmiszer; marketing

**Keywords:** child; food; marketing

A résztvevő szakemberek: Antal Emese dietetikus, szociológus, a TÉT Platform szakmai vezetője; Berezvai Zombor egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem; Fazekas Ildikó, az Önszabályozó Reklám Testület igazgatója, a TÉT Platform elnöke; Schmidt Judit dietetikus, egészségügyi szaktanár, a MEJ alapító olvasószerkesztője; moderál Vitrai József, a MEJ alapító főszerkesztője

A beszélgetés rövid bemutatkozással indult (a szakmai életrajzok a cikk végén olvashatók).

**Berezvai Zombor (B. Z.)** bemutatkozásában elmondta, hogy részt vett a nép-egészségügyi termékadó (NETA) 2019-es hatásvizsgálatában. Egy erről szóló tanulmányban azt írták le:

„Röviden, azt mutattuk ki, hogy önmagában egy adóval nem fog sikerülni visszafogni a fogyasztást, és az egy kérdés, hogy a fogyasztás a NETA-val vagy NETA nélkül kicsit alacsonyabb lenne vagy kicsit magasabb. [...] Ennél komplexebb beavatkozási programok kellenek.”

**Vitrai József (V. J.)** azzal indította a beszélgetést, hogy ma Magyarországon minden negyedik-ötödik gyermek túlsú-

lyos vagy elhízott. Ezért az első kérdés így szólt:

„Miért érdemes a gyermekeket célzó marketinget korlátozni ezeknek az adatoknak a fényében?”

**Fazekas Ildikó (F. I.)** szerint mielőtt erre válaszolunk, érdemes tisztázni, mitől híznak el a gyermekek, és mekkora ebben a reklám szerepe:

„Én egy picit hátrébb lépnék, és azt gondolom, hogy érdemes először azt definiálni, hogy mitől elhízottak a gyermekek, és ebben a reklámnak mekkora szerepe van.”

**B. Z.** úgy véli, hogy biológiailag úgy vagyunk „programozva”, hogy amikor elérhető az étel, akkor abból minél többet együnk – ez egy ősi túlélési stratégia:

„Az emberiség történetének egy jelentős része az arról szólt, hogy hogyan tudunk ételt szerezni magunknak [...] amikor étel van, akkor minél több energiadús ételt együnk.”

Egykor ez a viselkedés a túlélést segítette, de ma már inkább hátrányt jelent – ebben mindenki egyetértett.

**Antal Emese (A. E.)** szerint ma hatalmas mennyiségű, gyakran ellentmondásos



információ ömlik ránk. Az emberek egyszerű válaszokat várnak, de ezek gyakran hiányoznak. A gyermekek főként azért esznek meg valamit, mert ízlik nekik, vagy mert az anyukájuk is úgy főzi – vagyis nemcsak a gyermekeket célzó reklám számít, hanem az is, ami a szülőknek szól.

**Schmidt Judit (S. J.)** úgy véli, hogy az iskoláknak kulcsszerepük van abban, hogy a gyermekek helyes ismereteket kapjanak az étkezésről. A felnőttek egyre gyakrabban elvesznek a sokféle, gyakran érzelmekre ható reklámok és az influenszerektől származó tartalom között. Hangsúlyozta:

„A táplálkozás nem csak biológiai tevékenység, hanem szociális cselekvés is.”

**V. J.** ezt megerősítette: sokféle tényező hat arra, hogy mit esznek a gyermekek és mennyit mozognak. Ezért ilyen nehéz kérdés az elhízás.

„Nagyon sok minden befolyásolja azt, hogy mit esznek és mennyit mozognak a gyermekek [...], az államnak pedig kötelessége tenni az ügyben, ha tudományos bizonyíték van arra, hogy a marketing árt a gyermekeknek.”

**F. I.** szerint könnyű a reklámokat hibáztatni, de önmagában a reklámkorlátozás nem fogja megoldani az elhízás problémáját. Az emberek gyakran nem tudják, mi az egészséges, és bárkinek elhisznek bármit.

„A reklám könnyű célpont” – mondta, hozzátéve, hogy már most is vannak önkéntes reklámszabályozások, amiknek látszik az eredménye.

Többen kiemelték a szülők szerepét is: sokszor nem is a gyermeket, hanem a szülőt „célozza” a reklám. AE szerint:

„A ‘hatalmi befolyás’ helyett a párbeszédre kellene törekedni.”

**B. Z.** azonban úgy látja, a szabályozásnak igenis van szerepe, de önmagában ez sem elég. A szülők oktatása ugyanolyan fontos – ebben mindenki egyetértett.

**S. J.** kiemelte, hogy az iskolai étkezés és büfék kínálata is fontos – hiszen a gyermekek ott is fogyasztanak, nemcsak otthon. Jó iránynak tartja a pozitív ösztönzést, például az egészséges ételek kínálatának bővítését. Szerinte:

Bizonyos élelmiszerek túlzott korlátozása „démonizálhatja” azokat, holott mértékkel fogyasztva nem feltétlenül ártalmasak.

**A. E.** példát is hozott: a finnek Észak-Karéliai programja hosszú távon sikeres volt. Magyarországon ezzel szemben inkább ötletszerűek az intézkedések.

**V. J.** külön kiemelte, milyen nagy szerepe van annak is, hogy mi kapható az iskolák közelében – az ún. „élelmiszerkörnyezet” is hatással van az egészségre. A marketing hatását az 1. ábra illusztrálja.

A bemutatott ábrán az látszott, hogy a reklám hatására márkahűség alakul ki a gyermekekben, ez növeli az adott termék iránti vágyat, és ha sok ilyen élelmiszert fogyasztanak, az hozzájárulhat a súlygyarapodáshoz.

A beszélgetés végén többen visszatértek arra, hogy az oktatás és a tudatos kommunikáció a kulcs.

**A. E.** megemlítette például az okosdoboz.hu oldalt, ahol játékosan tanulhatnak a gyermekek az egészséges életmódról.

1. ábra: A marketing hatása (Forrás: saját szerkesztés a hivatkozott cikk alapján)



A közönségből **Lovasné Bíró Barbara**, a Felelős Élelmiszergyártók Szövetsége képviselője is megszólalt. Egyetértett azzal, hogy az edukáció és az önkorlátozás csak részei a megoldásnak, de hangsúlyozta: a cégek nyitottak a párbeszédre és szívesen részt vesznek a közös munkában.

Ezután **Dr. Kántor Irén** beszélt egy új programról, amit 2024-ben indítottak „Nem elhízni könnyebb, mint lefogyni” címmel. A cél, hogy jobban lássák, milyen üzenetek működnek, és ehhez országos adatgyűjtés is zajlik. A szülőket is tájékoztatni fogják, ha a gyermekük egészségi állapota ezt indokolja.

**V. J.** hozzátette, hogy az iskolákban használt KRÉTA rendszer már tartalmaz egy védőnői modult, amely pontosan ezt a funkciót képes ellátni.

**F. I.** fontosnak tartotta hangsúlyozni, hogy a kommunikáció során kerülni kell a stigmatizációt, azaz ne bélyegezzük meg a túlsúlyos gyerekeket.

**A. E.** szerint erre magyarul még nincsenek igazán jó kifejezések.

Végül **Dr. Benda Judit** felhívta a figyelmet arra, hogy nemcsak a reklámokkal, hanem az iskolai menzával is foglalkozni kellene.

**A. E.** elmondta, hogy épp most zajlik a közétkeztetési szabályok felülvizsgálata, és jó lenne, ha a menzák heti étrendjét a szülők is megnéznék.

**V. J.** szerint a közétkeztetésre több pénzt kellene fordítani, hogy valóban egészséges ételt tudjanak kínálni.

**F. I.** azt is kiemelte, hogy az előírásoknak megfelelő, de finom ételek receptjeit is újra kellene gondolni, hogy a gyermekek valóban meg is egyék, amit eléjük tesznek – és ne inkább otthonról hozzanak más ennivalót, vagy az iskolához közeli boltban vegyenek valami kevésbé egészségeset.

A beszélgetés azzal zárult, hogy a kerekasztal-beszélgetés résztvevői megegyeztek abban, hogy a közös cselekvéshez a párbeszédet ki kell terjeszteni, minél több partnert bevonni az N3.0 Egyesület kezdeményezésébe.

## Szakmai életrajzok:

**Antal Emese** dietetikus, szociológus, a TÉT Platform szakmai vezetője, az ESSRG kutatója, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Iskola doktorandusz hallgatója. 2005–2012 között 7 éven át volt a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének elnöke, majd 2012–2015 között főtítkára. Az MTTT (Magyar Táplálkozástudományi Társaság) és a FENS (Európai Táplálkozástudományi Társaság) vezetője, számos további tudományos társaság tagja, szakmai folyóiratok szerkesztő bizottsági tagja. Publikációival rendszeresen találkozhatunk mind a szakmai mind a laikus médiában. A „Gyermek az asztalnál” című könyv szerzője, amely a 3–15 éves gyermekek táplálkozásával foglalkozik. Gyakran szerepel ismeretterjesztő televíziós és rádiós műsorban, valamint nyomtatott sajtóban. Hazai és nemzetközi konferenciák rendszeres meghívott vendége, előadója. A Plan’eat és a WiseFood európai uniós projektek kutatója. Számos itthon és külföldön végzett kutatásban vett részt.

**Berezvai Zombor** a Budapesti Corvinus Egyetem docense. Pályáját 2015-ben a Procter & Gamble-nél kezdte termelési pénzügyi menedzserként, doktori fokozatát 2021-ben szerezte meg marketing területen. Kutatási területei közé tartozik a fenntartható városi közlekedés és turizmus, a kiskereskedelmi innovációk vizsgálata, illetve különböző egészségügyi témák elemzése. Ehhez kapcsolódóan a [Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study](#) (GBD) nemzetközi hálózat szenior közreműködője. Oktatási tevékenysége során elsősorban módszertani tantárgyakat oktat különböző magyarországi egyetemeken. Kutatási tevékenységét több hazai és nemzetközi díjjal elismerték már (Pro Scientia Aranyérem, Emerald Outstanding Paper Literati

Award, Akadémiai Ifjúsági Díj, MTA IX. Osztály Publikációs Nívódíj).

**Fazekas Ildikó** közgazdász, a Széchenyi István Egyetem címzetes egyetemi docense, valamint a Budapesti Gazdasági Főiskola címzetes főiskolai docense. 1987 és 1998 között a Külkereskedelmi Főiskolán a reklám szakirány vezetője volt, 1993-tól a Budapesti Corvinus Egyetem Marketing és Média Intézetének féléllású oktatója, egyetemi adjunktusi beosztásban. 1996 és 1998 között a Magyar Reklámszövetség alelnökeként tevékenykedett, ezt követően 1998 és 2019 között az Önszabályozó Reklám Testület (ÖRT) főtítkári pozícióját töltötte be. Jelenleg az ÖRT igazgatója. 2009 és 2013 között az Európai Önszabályozó Szervezet (EASA) elnöki tisztségét látta el, jelenleg az International Council for Ad Self-Regulation (ICAS) igazgatótanácsának tagja. A Magyar Reklámetikai Kódex kodifikációs bizottságának tagja, továbbá az ÖRT képviselőjeként tagja a Nemzeti Fogasztóvédelmi Tanácsnak. Számos reklám-szakmai könyv és cikk szerzője, rendszeres előadó szakmai konferenciákon és előadásokon.

**Schmidt Judit** dietetikusként és egészségügyi szaktanárként végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai, majd Egészségtudományi Karán. Felnőttképzés keretében a munkahelyi well-being projektmenedzsment képzésen mélyítette el a jólléttel/wellbeinggel kapcsolatos ismereteit, korábbi munkatapasztalatait. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ kommunikációs munkatársa, tartalomfejlesztője. Prevenációs tevékenység gyanánt egyéni vállalkozóként cikkek, posztok írásával, szerkesztésével, lektorálással, szakmai háttéranyagok készítésével foglalkozik. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének kommunikációs és szerkesztő



bizottságának tagja, ennek keretében az Új Diéta szakmai folyóirat szerkesztője, a szövetség közösségi média felületeinek kezelője. Számos edukációval, prevencióval foglalkozó weboldal létrejöttében kulcsszerepet játszott (Preventissimo.hu, MibolMennyitEgyek.hu), az OkosDoboz.hu-ra pedig forgatókönyveket készített az egészségtudatos táplálkozásról szóló animációkhoz és az ezen ismereteket gyakorlati tudássá alakító digitális feladatokhoz. Fontosnak tartja a precíz, megfelelő szóhasználatot, nyelvhelyességet a szakmai és a laikus életben egyaránt. Alapító olvasószerkesztőként a már kész szövegek gondozásával segíti a MEJ megjelenéseit és ezzel a szakmai-laikus ismeretterjesztést.

**Vitrai József** az elmúlt évtizedekben az egészségügyi egyenlőtlenségek területén végzett kutatásokat, és e területen végzett tudományos munkájáért kapott doktori címet. Az Országos Népegészségügyi Központban végzett munkája során fő

feladata volt az Egészségügyi Minisztérium számára stratégiai dokumentumok elkészítése, a munka megszervezése, valamint az egészségfejlesztési irodák országos hálózatának elméleti és gyakorlati támogatása. Mielőtt 2020-ban nyugdíjba vonult, az Emberi Erőforrások Minisztériumában a Népegészségügyi főosztály vezetőjeként dolgozott. Az utóbbi időben többféle kutatási projekten dolgozik a közegészségügy területén. 2023 márciusától a Széchenyi Egyetem tudományos munkatársa. 2020-tól a [Magyar Népegészségügy Megújulásáért Egyesület](#) alapító elnöke és a [Multidiszciplináris Egészség és Jólét](#) folyóirat alapító főszerkesztője. Mindkét szerepkörben számos tanulmányt publikált a népegészségügy új megközelítéséről (Népegészségügy 3.0 néven), amely a természeti és társadalmi környezeti környezet meghatározó tényezőinek figyelembevételére a komplexitás szemléletét használja, valamint az érdekelt felek bevonására irányuló partnerségre.

## HIVATKOZÁSOK

ASEAN Secretariat. Minimum standards and guidelines on actions to protect children from the harmful impact of marketing of food and non-alcoholic beverages in the ASEAN region. 2024. [https://asean.org/wp-content/uploads/2023/09/Digital\\_Single-pages\\_ASEAN-GMS\\_Marketing-to-children\\_FINAL\\_23Apr24.pdf](https://asean.org/wp-content/uploads/2023/09/Digital_Single-pages_ASEAN-GMS_Marketing-to-children_FINAL_23Apr24.pdf)

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József  
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;  
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 05. 03.  
Elfogadva: 2025. 05. 05.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## VIZSGÁLATOK

# IBS-es betegek a bevásárlástól az emésztésig

## *IBS patients from shopping to digestion*

**Szerzők:** [Szakáli Bálint](#), [Nagy Attila Csaba](#), [Molnár Edina](#)

**Doi:** [10.58701/mej.15684](https://doi.org/10.58701/mej.15684)

**Kulcsszavak:** étkezési szokások; bélrendszeri tünetek; emésztés; irritábilis bél szindróma

**Keywords:** *eating habits; intestinal symptoms; digestion; irritable bowel syndrome*

### Absztrakt

**BEVEZETÉS:** Vizsgálatunk arra irányul, hogy az irritábilis bél szindrómás (IBS) betegek táplálkozási szokásairól minél többet megtudjunk és ezen szokásokat összehasonlítva következtetéseket vonjunk le, melyek a táplálkozási tanácsadást végző szakemberek számára is hasznosak.

**MÓDSZERTAN:** A magyar lakosság körében, félig strukturált kérdőíves formában kérdeztünk meg 39 önbevallásos IBS-es beteget 2024-ben. Logisztikus regressziót és Fisher-féle egzakt próbát végeztünk az eredmények feldolgozására továbbá Shapiro-Wilk tesztet alkalmaztunk a folytonos változók normalitásának vizsgálatához. A vizsgálati személyeket két csoportra osztottuk a fizikai állapot alapján. A két csoportot összehasonlítottuk a következő kérdésekre adott válaszok mentén: mennyi vizet isznak, mennyi idő alatt fogyasztják el a főételt, mely ételeket eszik gyakrabban és melyeket ritkábban, mely ételeket emésztenek könnyebben és melyeket nehezebben.

**EREDMÉNYEK:** Az eredmények alapján megállapítható, hogy vannak olyan élelmiszerek, amelyeket ritkábban kellene fogyasztaniuk vagy egyenesen mellőzniük kellene a fizikai jóllétükre tekintettel, mert nehezen emészthetők és erős tüneteket okoznak. A két csoport között szignifikáns eltérést találtunk az emésztésben és bizonyos ételek fogyasztásának gyakoriságában. Akik azt jelezték, hogy jobban vannak, kevesebb élelmiszert emésztenek nehezen vagy nagyon nehezen, és többet jól vagy nagyon jól. A vízfogyasztást illetően nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között. Akik fizikailag jobban érzik magukat ritkábban fogyasztanak finomított növényi olajokat, friss és konzerv száraz hüvelyeseket a másik csoporthoz képest. Várakozásunkkal ellentétesen, nem volt szignifikáns eltérés a főétel elfogyasztásának idejében a két csoport között.

**KÖVETKEZTETÉSEK:** Jelen kutatás segítséget nyújt azon szakemberek számára, akik táplálkozással kapcsolatos tanácsot adnak IBS-es betegeknek. A kutatás korlátjaként elmondható, hogy érdemes lenne nagyobb elemszámmal is elvégezni a vizsgálatot, figyelembe véve az IBS magyarországi prevalenciáját. Célszerű lesz az

emésztésbeli különbségeket tovább vizsgálni, okokat keresni rá, akár betegség-történettel vagy pszichés módszereket vizsgálva, vagy akár organikus okokat keresve a két csoport szervezetében.

### **Abstract**

**INTRODUCTION:** In the national professional leadership circles of public health, there is no support for a discourse on the definition of public health. However, this is essential to improve the success of Hungarian public health.

**METHODOLOGY:** In 2024, we interviewed 39 self-reported IBS patients among the Hungarian population in a semi-structured questionnaire. Logistic regression and Fisher's exact test were performed to process the results, furthermore we used the Shapiro Wilk test to examine the normality of continuous variables. The subjects were divided into two groups based on their physical condition. We compared the two groups based on the answers to the following questions: how much water they drink, how long it takes to eat the main meal, which foods are eaten more often and which less often, which foods are easier to digest and which are more difficult.

**RESULTS:** Based on the results, it can be concluded that there are foods that should be consumed less often or should be avoided outright due to their physical well-being, because they are difficult to digest and cause severe symptoms. We found a significant difference between the two groups in digestion and the frequency of consumption of certain foods. Those who indicated that they were better digested less food with difficulty or very difficulty and more well or very well. Regarding water consumption, we found no significant difference between the two groups. Those who feel physically better consume less refined floral oils, fresh and canned dry legumes compared to the other group. Contrary to our expectations, there was no significant difference in the time of eating the main course between the two groups.

**CONCLUSIONS:** The present research provides assistance to professionals who give nutritional advice to IBS patients. As a limitation of the research, it can be said that it would be worthwhile to carry out the study with a larger number of items, taking into account the prevalence of IBS in Hungary. It will be advisable to further investigate the differences in digestion and look for reasons for it, either by examining the history of illness or psychological methods, or even by looking for organic causes in the bodies of the two groups.

## Kulcsüzenetek

*Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?*

Aki IBS-es tüneteket tapasztal, érdemes lehet elsőként a gluténérzékenységet kivizsgálni.

*Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?*

Az étrendet érdemes lehet úgy kialakítani, hogy először a nehezen emészthető tápanyagokat/nyersanyagokat mellőzzék, majd fokozatosan építsék vissza azokat, amelyek kis adagban vagy egyáltalán nem okoznak gondot az emésztésben.

*Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?*

Néhány tényező, melyek azoknál voltak jelen, akik azt nyilatkozták, hogy jobban vannak fizikailag: színhúsok mellőzése, glutén, tojás, krumpli, hajdina jobb emésztése, tartósított száraz hüvelyesekből többen fogyasztanak ritkán vagy soha.

## BEVEZETÉS

Az irritábilis bél szindróma (IBS) egy kevésbé ismert etiológiájú, gyakori funkcionális gasztrointesztinális betegség. A sokrétű tünetek és az egyéni változosság miatt nehéz meghatározni, pontosan hányan szenvednek ebben a betegségben. A szervi elváltozások hiánya is nehezíti a betegség beazonosítását. Globális szinten a felnőtt lakosság körülbelül 20%-át érintik éves szinten az IBS tünetek. (Zyound és mtsai, 2021). Magyarországon olyan kutatás, amely átfogóan kimutatta volna az előfordulását az IBS-nek, még nincs. A betegség jellemzői közé tartozik

például az átalakult bél mikroorganizmusok közössége, az alacsony fokú gyulladás, a bél-agy idegrendszeri tényezők és a még nem bizonyított ételintolerancia. Az esetek többsége nehezen megfogható és egyéni tünetekkel jár. Az IBS kezelésének egyik első számú választása a táplálkozási tanácsadás. A National Institute for Health and Care Excellence (NICE) irányelveit, amelyek a rendszeres kis étkezést, puffasztó hatású zöldségek kerülését, csökkentett rostbevitelt, valamint a kávé- és teafogyasztás csökkentését javasolják, évek óta alkalmazzák az IBS kellemetlen szimptomáinak enyhítésére. (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2017). Nemrég az alacsony erjedésű oligo-, di-, monoszacharid- és polioltartalmú (FODMAP) diétát hozták létre az IBS kezelésére a fermentált szénhidrátok mellőzésével. (Mitchell, Porter, Gibson, Barrett és Garg, 2019) Az IBS-populáció csaknem felének azonban nem javulnak a tünetei a NICE ajánlások vagy az alacsony FODMAP diéta mintájára. (Nilholm, Larsson, Roth, Gustafsson és Ohlsson, 2019).

Számos olyan kutatás (Ko, Lucassen, Van Der Linden, Ballering, Olde, 2022) napvilágot látott, ahol a beteg pszichéjére próbálnak hatni relaxációs technikával. Egy 2019-es kutatás (Ford, Lacy, Harris, Quigley, Moayyedi, 2019) kimondja, hogy a kognitív terápia, a relaxációs terápia, a hipnoterápiák, a dinamikus pszichoterápiák, illetve a többkomponensű pszichológiai terápiák hatékonynak tűnnek a betegség kezelésében. A nehézség ezeknél a terápiáknál a költség, a kezelés és betegség elhúzódása, a beteg pontatlan hozzáállása a gyógyító eljárás iránymutatásához és a terápiás tanácsok be nem tartása. (Bonetto, Boano, Valenzi, Saracco és Pellicano, 2022)

Kutatásoknak köszönhetően, (Salari-Moghaddam, Hassanzadeh Keshteli, Esmail-



zadeh és Adibi, 2020) sok olyan tudás halmozódott fel a betegséggel kapcsolatban, amely segít abban, hogy megismerhessük, mely tényezők játszhatnak szerepet egy-egy tünet vagy javulás hátterében. Egyes kutatások szerint (Zaribaf és mtsai, 2018) a rendszertelen étkezési szokásokkal rendelkező nőknél nagyobb az IBS esélye. Ezen túlmenően, az étkezés közbeni nagy mennyiségű folyadékfogyasztás védőhatást jelent az IBS kialakulására nézve. A rendszeres étkezési szokások betartása, valamint az alkohol, a koffein, az erős fűszerekkel (Pl.: Kurkuma, Chili, Fahéj, Curry, Gyömbér) készült ételek és a zsír bevitelének korlátozása (napi kalória szükséglet 30%-a telített és telítetlen zsírok között arányosan megosztva) hatékony stratégia lehet az IBS kezelésében. Korábbi tanulmányok (Esmailzadeh és mtsai, 2013) feltárták, hogy a fűszeres ételek fogyasztása közvetlenül összefügg az IBS-sel, különösen nők esetében. (Salari-Moghaddam, Hassanzadeh Keshteli, Esmailzadeh és Adibi, 2020)

Az étkezések száma és mennyisége is befolyásolhatja az IBS tüneteket (Miwa, 2012), ezáltal feltételezhető, hogy ha a betegek kevesebbet esznek, jobb a közérzetük. A böjtöt gyakran használják az állapot súlyos fellángolásának megállítására, és sok beteg szokatlan étkezési szokásokat alkalmaz, hogy elkerülje a napirendjét megszakító tüneteket. Sokan kihagyják a déli étkezéseket, hogy elkerüljék a munkahelyi tüneteket, bár ezt a területet keveset vizsgálták még. A 24 órás ambuláns felvételek (Rao, Kavelock, Beaty, Ackerson, Stumbo, 2000) egyértelművé teszik, hogy az evés a vastagbél összehúzódásának fő ingere, amely alvás közben nyugalmi állapotba kerül. Ez összhangban van azzal a megfigyeléssel, hogy a tünetek ritkán ébresztik fel a betegeket az alvásból, leginkább az evés váltja ki őket. Egy korábbi tanulmány (Ragnarsson and Bodemar, 1998), amelyben a betegek

7 napon keresztül rögzítették a tüneteket, az étkezést és a székletürítést, azt mutatta, hogy a fájdalom egyértelműbben kapcsolódik az étkezéshez, mint a székletürítéshez.

Egy kutatás (Major és mtsai, 2017) fő kérdése, hogy mit éreznek az IBS-es betegek erős fájdalomként. A FODMAP-ok, mivel rosszul szívódnak fel, bejutnak a vastagbélbe, ahol gyorsan erjedésnek indulnak. Ez könnyen láthatóvá válik MRI-vel (Magnetic Resonance Imaging), amely megmutatja, hogy az ozmotikusan aktív fruktóz hogyan tágítja ki a vékonybelet folyadékkal, majd a vastagbelet, ahol gázt termel. A tágulást a betegek nagyfokú fájdalomként élik meg.

Svédországi étkezési gyakorisági felmérés (Østgaard, Hausken, Gundersen és El-Salhy, 2012) kimutatta, hogy az IBS-betegek a tüneteket okozó tévhitekhez igazítják az étrendjüket, ami tápanyaghiányos étrendet okoz, főleg a tejtermékek csökkentése miatt. Egy másik svéd felmérés szerint (Böhn, Störsrud, Törnblom, Bengtsson és Simrén, 2013) az IBS-betegek 84%-a számolt be legalább egy olyan ételről, amely kiváltotta a tüneteit. Ilyenek voltak a tejtermékek (49%), bab/lencse (36%), alma (28%), liszt (24%) és a szilva (23%), valamint a biogén aminokban gazdag élelmiszerek – bor/sör (31%), szalámi (22%) és sajt (20%) –, 52%-uk általában sült/zsíros ételekről számolt be. Egy norvégiai lakossági felmérés szerint (Monsbakken, Vandvik és Farup, 2005) az IBS-betegek átlagosan 2,5 élelmiszert kerültek el. Az élelmiszereket elkerülők közül 35% a tejet, sajtot 14%, a hüvelyeseket 16%, a hagymát 24%, búzalisztet 10%, kávé 26% és a sört 12%. A NICE és a British Dietetic Association által preferált étrend azt javasolja a betegeknél, hogy korlátozzák bizonyos gyakori ételeket és élelmiszerek bevitelét, mint a kávé, tea, magas rosttartalmú élelmiszerek (magas

korpa tartalmú élelmiszerek), alkohol, friss gyümölcs (3 adag/nap, 1 adag 80g) és olyan élelmiszereket (hagyma, bab, káposzta) amelyek gyakran társulnak olyan tünetekkel, mint a puffadás és erős hasi fájdalom. Továbbá a hasmenéses tünetekkel küzdő betegeknek mellőzi érdemes a szorbitot és mesterséges édesítőket. Kiemelik, hogy az ételek elkerülése mellett az étkezési szokásokra is nagy hangsúlyt kellene helyezni. Így ajánlja a rendszeres, napi háromszori lassú étkezést, a főétkezések közti egészséges nassolni valók fogyasztását.

A konkrét ételintolerancia egyértelmű azonosítása nehéz, mert általában összetettek az étkezések; és a különböző élelmiszerek, mint a tej, más-más hatást eredményez, ha éhgyomorra, vagy ha étkezés közben fogyasztjuk. (Misselwitz, Butter, Verbeke és Fox, 2019) A laktóz mennyisége nagyban csökken, továbbá az élelmiszerekkel kapcsolatos mellékhatások – például a nagyfokú gázképződés – késleltethetők. (Mego, Accarino, Malagelada, Guarner és Azpiroz, 2015) A zsírtartalom is fontos tényező tud lenni a tünetek gyakoriságában és erősségében, mivel a zsír serkenti az epe- és hasnyálmirigyszekréciót, valamint növeli a vékonybél vizét és serkenti a táplálékra adott vastagbélreakciót. (Hussein és mtsai, 2015)

Tudjuk, hogy a kis rostbevitel a székrekedés fokozott kockázatával jár a normál lakosság körében, ennek kapcsán ez a randomizált vizsgálat (Dukas, Willett és Giovannucci, 2003) azt sugallja, hogy egyes IBS-betegek számára előnyös a rostadás. Ez a hatás viszont csak vízben oldható rostot nagyban tartalmazó élelmiszereknél, például búzakorpával végzett kutatásokban (Moayyedi és mtsai, 2014), figyelhető meg. A legújabb tanulmányok (Major and mtsai, 2018) azt az eredményt találták, hogy a viszkózus tulajdonságú rostok (psyllium) hatnak a vékonybélben

lévő víz megkötésére és a vastagbél víztartalmának növelésére, ami lágyabb és gyakoribb székletet eredményez. A búza-mentes diéta előnye valószínűleg a fruktánok mellőzésének köszönhető, nem pedig a glutén (Fritscher-Ravens, 2019) mellőzésének. A búza kizárása az IBS-betegek legfeljebb 1/3-ánál előnyös lehet, de a kutatások azt támasztják alá, hogy a pácienseket kezdetben arra kell buzdítani, hogy csupán minimalizálják a búzát tartalmazó élelmiszereket, ahelyett, hogy gluténmentes diétát választanak, ami költséges és nagyon korlátozza a közösségi tevékenységeket. (Spiller, 2021)

Fontosnak számítanak a beteg szempontjából a megválasztott ételek, az étkezési szokások és a folyadékfogyasztás mennyisége. Cél a kutatásunkban a betegek választai alapján összegezni azon tevékenységeket, ételeket és minden pozitív tényezőt, amely hozzásegíti a betegeket a jobb közérzet eléréséhez, valamint kevesebb tünetet eredményez.

Kutatásunk célja, hogy IBS tünettől rendelkező beteget összehasonlítsunk a táplálkozási szokások, az emésztés, a vízfogyasztás és a különböző ételek fogyasztásának gyakorisága mentén, hogy mennyiben különbözik azoknál, akik azt jelezték, hogy jól érzik magukat, és azoknál, akik rossz közérzetről számoltak be.

## MÓDSZERTAN

A kutatás Magyarországon valósult meg 2024. január és február között. A célcsoportot az alábbi módon határoztuk meg: a közösségi média felületen kiírt kérdőív kitöltésére buzdító szöveg tartalmazta, hogy azok töltsék ki a kérdőívet, akik diagnosztizált IBS-esek, komoly emésztőrendszeri betegségekkel nem küzdenek, és akiknél az IBS tünetei legálább két hónapja fennállnak. A kutatásból

kizárásra akkor kerültek a jelentkezők, ha nem rendelkeztek az IBS-es tünetekkel minimum két hónapja, illetve rosszulalattú daganatos vagy egyéb komoly emésztőrendszeri megbetegedésük volt. A résztvevőket online, kérdőíves/survey módszerrel értük el. Közösségi oldalakon terjesztettük a kérdőívet. Az adatok gyűjtéséhez saját szerkesztésű kérdőívet használtunk, amely a következő kérdéscsoportokat tartalmazta: szocio-demográfiai jellemzők, fizikai állapotra vonatkozó kérdések, betegségekre vonatkozó kérdések, étkezési szokások, különböző ételek fogyasztásának gyakorisága, valamint egyes élelmiszerek szubjektív emészthetőségére vonatkozó kérdések. A vizsgálatban két csoportra osztottuk a kitöltőket. "Mennyire érzi magát jól jelenleg? (fizikailag)" kérdés választotta a kitöltőket két csoportra. Így a független változó lett: a fizikailag jól/jobban lévő csoportja, illetve a fizikailag rosszul/kevésbé jól lévő csoportja. A függő változók az alábbiak voltak: étkezési szokások, emésztés, napi vízfogyasztás mennyisége, a fő étkezés elfogyasztásának ideje, alap élelmiszerek fogyasztásának gyakorisága. Az általános leíró statisztika után a két csoport (Fizikailag jól vannak, Fizikailag rosszul vannak) közötti potenciális összefüggéseket Fischer-féle egzakt teszttel vizsgáltuk SPSS és Microsoft Excel programokat használva. A folytonos változók normalitását Shapiro-Wilk teszttel vizsgáltuk. A kategorikus változókat százalékos leírással jellemeztük. Többszörös elemzésként többszörös logisztikus regresszió modelleket alkottunk, melyek esélyhányadost (EH) és 95%-os megbízhatósági tartományt jelentenek. A kérdőívben rákérdeztünk a diétázásra is. Ezzel kapcsolatban a kérdés arra irányult, hogy egyáltalán volt-e bármi féle próbálkozása és milyen diétával, viszont ennél mélyebben nem mentünk bele ebbe a kérdéskörbe.

### Kutatási kérdéseink:

- Melyek azok az élelmiszerek, amelyeket szignifikánsan többen nehezen vagy nagyon nehezen emésztnek meg a mintában azon vizsgálati személyek, akik azt nyilatkozták, hogy rossz vagy nagyon rossz a fizikai állapotuk, azokhoz képest, akik azt jelezték, hogy jól vagy remekül vannak.
- Melyek azok az élelmiszerek, amelyeket szignifikánsan többen fogyasztanak gyakran vagy nagyon gyakran a mintában azon vizsgálati személyek, akik azt nyilatkozták, hogy jól vagy remekül vannak, azokhoz képest, akik rosszul vagy nagyon rosszul érzik magukat.
- Van-e szignifikáns összefüggés a két csoport között a vízfogyasztásmennyiséget illetően?
- Feltételeztük, hogy azok közül, akik jobban vannak fizikailag, többen jelölték, hogy több mint 15 perc alatt fogyasztják el a főételt, mint akik azt jelölték, hogy nincsenek jól.

A várható eredmények a következők voltak: feltételeztük, hogy akik jobban vannak fizikailag, várhatóan több vizet isznak, több ételt emésztnek jól vagy kevesebben nagyon rosszul, ritkábban esznek olyat, ami a tüneteiket előhozná, azokhoz képest, akik azt jelezték, hogy fizikailag nincsenek jól. Továbbá, akik fizikailag jól vannak, várhatóan lassabban eszik meg a főételt azokhoz képest, akik fizikailag nincsenek jól. Az ételek fogyasztásának gyakoriságát illetően arra számítottunk, hogy a két csoport között lesz szignifikáns eltérés.

## EREDMÉNYEK

### Leíró statisztika

A minta nagysága eredetileg 41 fő volt, de ketten nem feleltek meg a célcsoport kritériumainak, így végül a vizsgálatot 39 fővel végeztük.

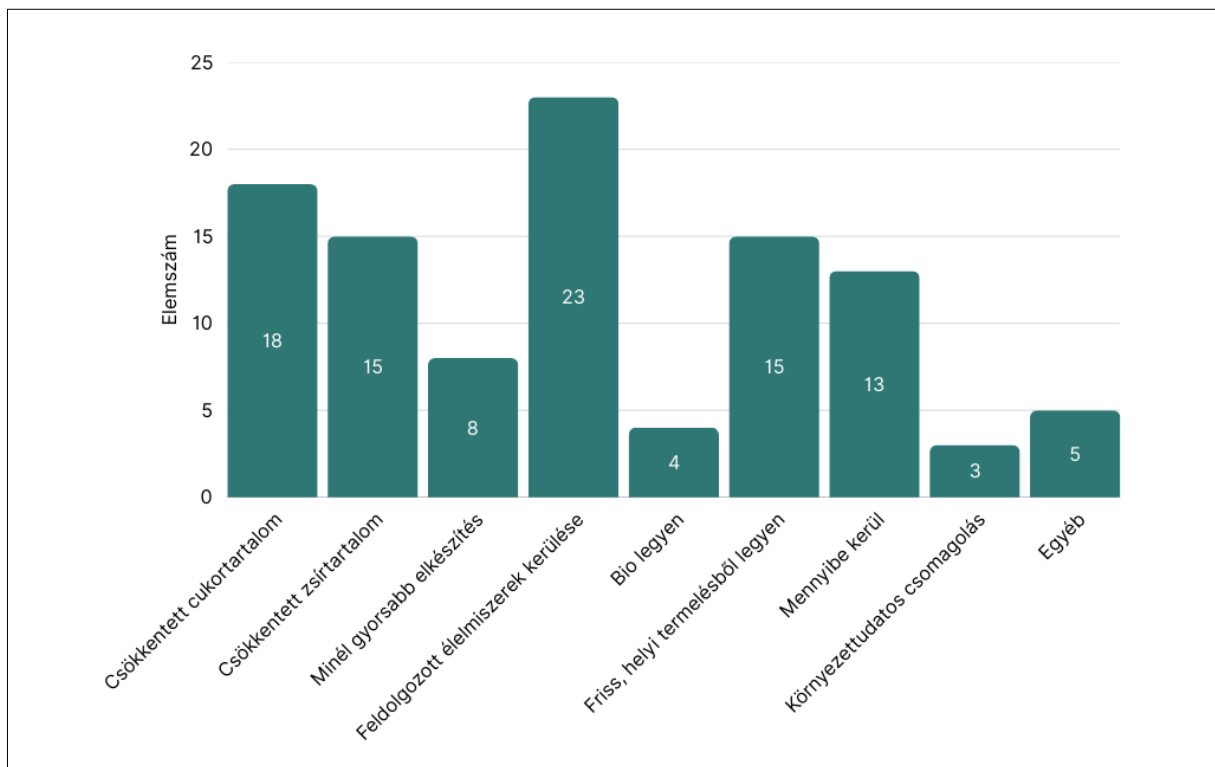
A 39 IBS-es beteg nemi megoszlása: 3 férfi, 36 nő (92,30%). Az életkort tekintve 19 éves a legfiatalabb és 70 éves a legidősebb, az átlag életkor ( $\pm$ SD) 42,10 az átlagszórása 11,45 év. A BMI-t (Body Mass Index) tekintve 64% esett a normál tartományba, 28% a túlsúlyosba és 7% soványnak számít. Az átlag BMI ( $\pm$ SD)  $23,98 \pm 4,58$  kg/négyzetméter.

Emésztőrendszeri betegsége van a minta 53,85%-ának (21 fő). Intoleranciáról a megkérdezettek 38,46%-a (15 fő) számolt be.

A 20-25. kérdéseknél, amelyek az élelmiszerek fogyasztásának gyakoriságára vonatkoztak, az eredmények korlátozottan vehetők figyelembe, mert nem a validált FFQ kérdőív válaszadási lehetőségeit használtuk.

Az IBS-es betegek számára, az alapanyagok beszerzése szempontjából a legfontosabb szempont a feldolgozott ételek kerülése volt, a legkevésbé fontos szempont a környezettudatos csomagolás. Az 1. ábrán láthatók a további fontos szempontok.

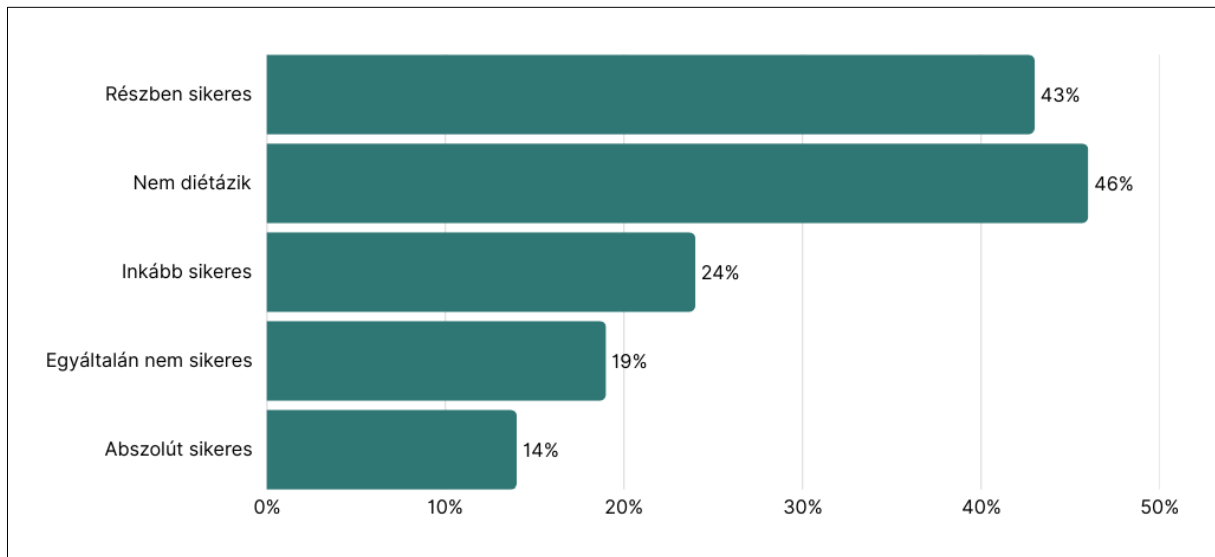
1. ábra: Szempontok alapanyagok és készételek beszerzésekor (Forrás: saját szerkesztés)



Mindösszesen 54% diétázik a mintában minimum 1 hónapja. Közülük 62%-uk véli részben sikeresnek vagy egyáltalán nem

sikeresnek a diétázást, és 38% inkább sikeresnek/abszolút sikeresnek érzi. A 2. ábrán láthatjuk összefoglalva az adatokat.

2. ábra: A diétázók sikerérzete a diétával kapcsolatban és a nem diétázók száma (Forrás: saját szerkesztés)



A válaszadók túlnyomó része többször is rendszertelenül eszik, azaz többször is esznek egy nap és nem számolják hány-szor (35%), és csak 2%-uk választotta az időszakos böjtöt.

A legtöbben nyugodt körülmények között (53%), otthon készített ételt esznek (89%). A kitöltők legnagyobb része 10-15 perc alatt fogyasztja el a fő ételt (30%). A legtöbb résztvevőnek ebéd után erősebbek a tünetei (61%). A legtöbben kevesebb, mint 2 liter vizet fogyasztanak naponta (76%).

Ételkészítési technológiákból a következő technikákat alkalmazzák a leggyakrabban: főzés vízben (84%), sütőben sütés (71%), kevés zsíron sütés (79%). A legritkábban: bő zsírban sütés (76%), rántás (79%), habarás (74%), hintés (97%), pépesítés (76%).

Az élelmiszerek, tápanyagok fogyasztásának gyakoriságánál a szezonalitást nem vette figyelembe ez a kutatás.

A szénhidrátok közül a legritkábban a felsoroltak közül a teljes kiőrlésű (64%) és a fehér lisztből készületeket (61%) fogyasztják. Leggyakrabban: rizst, krumplit, kölest,

zabot (89%) és száraz tésztákat (64%). A zsiradék alapú ételek közül a válaszadók leginkább az állati zsiradékot és a vajat fogyasztják (66%), valamint a nem finomított növényi olajokat is viszonylag gyakran használják (48%). A szalonnaféléket és a margarínokat ritkán választják (69%). A zöldségek közül a leggyakrabban nyers zöldséget (87%), párolt zöldséget (74%), illetve zöld levelesek, salátákat (69%) fogyasztanak. A legkevésbé kedvelt zöldségek közé tartozik a szója (89%), a száraz hüvelyesek (92%) és az avokádó (79%). A gyümölcsök vonatkozásában láthatóvá válik, hogy inkább ritkán eszik vagy soha, a legritkábban fogyasztják: az aszalt gyümölcsöket (94%), a szilvát (82%) és a dinnyeféléket (79%). Amit viszonylagosan gyakran esznek az az alma, a körte (58%) és a banán (46%).

Állati eredetű fehérjeforrásokból ritkán fogyasztanak: tenger gyümölcseit (94%), belsőségeket (71%), halakat (66%). Gyakrabban fogyasztanak: színhúsokat (87%), felvágottakat (69%), tojást (61%).

Az emészthetőségre vonatkozó eredmények a 1. táblázatban láthatók.

**1. táblázat:** Különböző élelmiszerek és tápanyagok emésztésének szubjektív nehézsége (Forrás: saját szerkesztés)

| Élelmiszerek, Tápanyagok | Nehezen/Nagyon nehezen emésztí | Jól/Nagyon jól emésztí |
|--------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Hüvelyesek               | 79%                            | 20%                    |
| Tejtermékek              | 74%                            | 25%                    |
| Glutén                   | 69%                            | 30%                    |
| Érett gyümölcsök         | 43%                            | 56%                    |
| Tojás                    | 28%                            | 71%                    |
| Krumpli                  | 23%                            | 76%                    |
| Keményítő                | 30%                            | 69%                    |
| Káposzta                 | 76%                            | 23%                    |
| Karfiol                  | 69%                            | 30%                    |
| Brokkoli                 | 58%                            | 41%                    |
| Uborka                   | 43%                            | 56%                    |
| Alma                     | 38%                            | 61%                    |
| Körte                    | 58%                            | 41%                    |
| Zab                      | 41%                            | 58%                    |
| Hajdina                  | 38%                            | 61%                    |
| Paradicsom               | 35%                            | 64%                    |
| Vöröshagyma              | 58%                            | 41%                    |
| Fokhagyma                | 61%                            | 38%                    |
| Póréhagyma               | 46%                            | 53%                    |
| Újhagyma                 | 51%                            | 48%                    |
| Csicseriborsó            | 43%                            | 56%                    |
| Aprómagvak               | 41%                            | 58%                    |
| Diófélék                 | 53%                            | 46%                    |
| Húsok                    | 28%                            | 71%                    |
| Zsír                     | 53%                            | 46%                    |
| Halak                    | 7%                             | 69%                    |

## Hipotézisvizsgálatok

Két csoport összehasonlítását végeztük különböző változókkal; az egyik csoportot azok alkották, akik arról számoltak be, hogy jól érzik magukat (1-es) 20 fő (51,28%). Ennél a csoportnál két alcsoportot kombináltunk. Azok, akik azt válaszolták, hogy „jól érzik magukat, kicsit kellemetlenül, de nem rosszul”, és azok, akik azt válaszolták, hogy „jól érzik magukat, nincs panasz”. A másik csoportot azok alkották, akik azt válaszolták, hogy rosszul érzik magukat (2-es) 19 fő (49%). Ez a csoport szintén két alcsoport összevonásával jött létre. Az

egyik csoportba azok tartoztak, akik azt válaszolták, hogy „nagyon rosszul” érzik magukat (életminőségüket jelentősen rontják a tünetek), a másik csoportba pedig azok, akik azt válaszolták, hogy „rosszul” érzik magukat (gyakori kellemetlenségek és panaszok jellemzők). A tényezők, melyek a fizikai állapotot potenciálisan befolyásolják: életkor ( $P=0,264$ ), nem ( $P=0,342$ ) és színhúsok fogyasztása/nem fogyasztása ( $P=0,034$ ) (pl.: mell comb stb.). Többszörös logisztikus regresszió tesztet alkalmaztuk. Szignifikancia a színhúsok fogyasztása vagy nem fogyasztásánál található. A színhús fogyasztása



(korra, nemre korrigálva) 3,44x nagyobb eséllyel eredményez 2-es fizikai állapotot az egyeshez képest.

Szignifikáns különbséget találtunk a különböző élelmiszerek és tápanyagok emésztését illetően a két csoportnál, az eredmények a 2. táblázatban láthatók. A

vízfogyasztást illetően nem találtunk szignifikáns eltérést a két csoport között.

Az emészthetőségben megmutatkozó szignifikáns különbségeket a 3. táblázat foglalja össze részletesen, a két csoport összehasonlításával, az egyes élelmiszerekre és tápanyagokra vonatkozóan.

**2. táblázat:** Szignifikáns különbségek a két vizsgált csoport esetében a különböző élelmiszerek és tápanyagok szubjektív emészthetősége tekintetében (Forrás: saját szerkesztés)

| Élelmiszerek és Tápanyagok | p-érték (Fischer teszt) |
|----------------------------|-------------------------|
| Glutén emésztése           | 0,029                   |
| Tojás emésztése            | 0,045                   |
| Krumpli emésztése          | 0,033                   |
| Hajdina emésztése          | 0,002                   |
| Húsok emésztése            | 0,029                   |

**3. táblázat:** Szignifikáns különbségek a két csoport esetén az egyes élelmiszerek és tápanyagok szubjektív emészthetősége tekintetében (Forrás: saját szerkesztés)

|                                          | Nagyon nehezen | Nehezen | Jól | Nagyon jól |
|------------------------------------------|----------------|---------|-----|------------|
| Glutén emésztése p=0,029 (Fisher teszt)  |                |         |     |            |
| Jól vannak fizikailag                    | 20%            | 35%     | 35% | 10%        |
| Rosszul vannak fizikailag                | 52%            | 26%     | 21% | 0%         |
| Tojás emésztése p=0,045 (Fisher teszt)   |                |         |     |            |
| Jól vannak fizikailag                    | 5%             | 10%     | 55% | 30%        |
| Rosszul vannak fizikailag                | 15%            | 26%     | 47% | 10%        |
| Krumpli emésztése p=0,033 (Fisher teszt) |                |         |     |            |
| Jól vannak fizikailag                    | 0%             | 10%     | 65% | 25%        |
| Rosszul vannak fizikailag                | 15%            | 31%     | 36% | 15%        |
| Hajdina emésztése p=0,002 (Fisher teszt) |                |         |     |            |
| Jól vannak fizikailag                    | 0%             | 15%     | 85% | 0%         |
| Rosszul vannak fizikailag                | 21%            | 42%     | 36% | 0%         |
| Húsok emésztése p=0,029 (Fisher teszt)   |                |         |     |            |
| Jól vannak fizikailag                    | 0%             | 15%     | 55% | 30%        |
| Rosszul vannak fizikailag                | 21%            | 21%     | 42% | 15%        |

A különböző tápanyagok és élelmiszerek fogyasztásának gyakoriságában mért

szignifikáns különbséget a két csoport között a 4. táblázat foglalja össze.

**4. táblázat:** tápanyagok és élelmiszerek fogyasztásának gyakoriságában mért szignifikáns különbség (Fischer's exact, Forrás: saját szerkesztés)

|                             |    | fizikailag |             |       |
|-----------------------------|----|------------|-------------|-------|
|                             |    | 1          | 2           | p     |
| Energia ital                | 55 | 18<br>90   | 15<br>78,9  | 0,044 |
|                             | 56 | 0<br>0     | 4<br>21,1   |       |
|                             | 58 | 2<br>10    | 0<br>0      |       |
| Finomított növényi olajok   | 55 | 2<br>10    | 5<br>26,3   | 0,031 |
|                             | 56 | 11<br>55   | 2<br>10,5   |       |
|                             | 57 | 4<br>20    | 6<br>31,5   |       |
|                             | 58 | 3<br>15    | 6<br>31,5   |       |
| Friss sz.hüvelyes           | 55 | 4<br>20    | 10<br>52,63 | 0,055 |
|                             | 56 | 15<br>75   | 7<br>56,4   |       |
|                             | 57 | 1<br>5     | 2<br>10,53  |       |
| Sz. hüvelyes (pl.: konzerv) | 55 | 8<br>40    | 11<br>48,7  | 0,038 |
|                             | 56 | 12<br>60   | 4<br>21,05  |       |
|                             | 57 | 0<br>0     | 3<br>15,79  |       |
|                             | 58 | 0<br>0     | 1<br>5,26   |       |
|                             |    |            | 2,5         |       |

Az ételek és tápanyagok fogyasztásának gyakoriságánál azt láthatjuk, hogy szignifikáns különbség van a száraz hüvelyeseknél, melyek tartósítva vannak valamilyen formában ( $P=0,038$ ), a friss száraz hüvelyeseknél ( $P=0,055$ ), a finomított

növényi olajoknál ( $p=0,031$ ) és az energia italoknál ( $p=0,044$ ). A 6-os táblázatban az 55-ös kód azt jelenti soha, az 56-os Ritkán (havonta 1x), 57 Gyakran (hetente 1x) és az 58 Nagyon gyakran (több, mint 2x hetente).

## MEGBESZÉLÉS

A kutatás az irritábilis bél szindrómás (IBS) betegek táplálkozási szokásait és ezek hatását vizsgálta az emésztésük vonatkozásában. A vizsgálat 39 magyar IBS-es beteg részvételével zajlott, akik önbevallásos módon nyilatkoztak állapotukról. A résztvevőket két csoportra osztották fizikai állapotuk alapján: azokra, akik jól vagy jobban érezték magukat, és azokra, akik rosszabb fizikai közérzetről számoltak be. A kutatás célja az volt, hogy megállapítsák, milyen táplálkozási különbségek figyelhetők meg a két csoport között, és milyen élelmiszerek okozhatnak nagyobb emésztési problémákat az IBS-es betegek körében.

A legfontosabb eredmények között szerepelt, hogy bizonyos élelmiszerek – különösen a glutén, a tejtermékek, a száraz hüvelyesek és a hagymafélék – jelentős emésztési nehézséget okoztak a résztvevőknek, míg mások, például a halak, a tojás, a krumpli és a hajdina, általában jól tolerálhatók voltak. A két csoport között szignifikáns eltérések mutatkoztak az emésztés és az élelmiszerek fogyasztási gyakoriságában: akik jobban érezték magukat, kevesebb nehezen emészthető ételt fogyasztottak. Érdekes módon a vízfogyasztás és a főétkezés elfogyasztásának időtartama nem mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a két csoport között, ami eltér néhány korábbi kutatás eredményeitől, amelyek szerint a megfelelő hidratáció és a lassabb étkezés enyhítheti az IBS tüneteit (Zaribaf et al., 2018; Salari-Moghaddam et al., 2020).

A kutatás eredményei több ponton összhangban állnak a szakirodalmi adatokkal. Korábbi vizsgálatok is kimutatták, hogy a gluténtartalmú élelmiszerek és tejtermékek kerülése kedvező hatással lehet az IBS tünetekre (Böhn et al., 2013; Spiller, 2021). Az is megerősítést nyert, hogy a bélrend-

szeri panaszok enyhítésében a rosttartalmú élelmiszerek típusától függően fontos szerepet játszhatnak az oldható rostok, például a psyllium (Major et al., 2018). Emellett egyre több kutatás utal arra, hogy az IBS tünetei pszichológiai tényezőkkel, például stresszel, szorongással és a bél-agy tengely működésével is összefüggésben állhatnak, és különféle pszichoterápiás módszerek – például kognitív terápia vagy relaxációs technikák – hatékonynak bizonyulhatnak az IBS kezelése során (Ford et al., 2019; Bonetto et al., 2022).

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredmények rávilágítanak arra, hogy az IBS kezelése egyénre szabott megközelítést igényel, és a táplálkozási szokások tudatos alakítása hozzájárulhat a tünetek enyhítéséhez. A megfelelő étrendi ajánlások kidolgozásához azonban fontos figyelembe venni az egyéni toleranciát és az IBS tüneteinek változatosságát. A kutatás rámutat arra is, hogy az IBS hátterében nemcsak táplálkozási tényezők, hanem pszichológiai és organikus okok is állhatnak, amelyek további vizsgálatot igényelnek.

A vizsgálat egyik fő korlátja a kis mintaszám és az önbevallásos IBS-diagnózis volt, ezért a jövőben érdemes lenne nagyobb elemszámú, diagnosztikai igazolásokkal alátámasztott kutatásokat végezni, valamint az emésztési különbségek lehetséges pszichés vagy organikus okait is feltárni. Továbbá, az IBS és a táplálkozás kapcsolatának mélyebb megértése érdekében érdemes lenne hosszabb távú követéses vizsgálatokat folytatni, amelyek figyelembe veszik az étrendi változtatások hatásait. Az eredmények hozzájárulhatnak a dietetikusok és egészségügyi szakemberek munkájához, segítve őket a betegek számára legmegfelelőbb étrendi stratégiák kialakításában.

A táplálkozási tanácsadásra jogosult szakembereknek javasoljuk, hogy egyszerű kirekesztő diéta kipróbálását ajánlják a betegeknek, amelyből csak néhány gyakori élelmiszert zárjanak ki, mint például a búza, a tej, a túlzott koffein és/vagy a páciens által azonosított, kellemetlenséget okozó élelmiszerek. Ez egy egyszerű első lépés, amely ha nem sikerül, akkor az alacsony FODMAP diéta kipróbálására érdemes áttérni, hangsúlyt fektetve arra,

hogy a hosszú távú étrend elegendő tápanyagot tartalmazzon. Fontos továbbá ennél a résznél még kiemelni a betegség komplexitására való tekintettel, hogy a betegek próbáljanak minél pontosabb képet adni betegségük jeleiről és a diagnosztizálást ne saját kútfőből vagy az internetről olvasottak alapján tegyék, hanem kérjék ki az erre kompetens szakemberek szakvéleményét.

## HIVATKOZÁSOK

- Bonetto, S., Boano, V., Valenzi, E., Saracco, GM. és Pellicano, R. (2022). Non-pharmacological strategies to treat irritable bowel syndrome. *Minerva Gastroenterol (Torino)*. 12;68(4):475–481. DOI: [10.23736/S2724-5985.22.03202-8](https://doi.org/10.23736/S2724-5985.22.03202-8)
- Böhn, L., Störsrud, S., Törnblom, H., Bengtsson, U., & Simrén, M. (2013). Self-reported food-related gastrointestinal symptoms in IBS are common and associated with more severe symptoms and reduced quality of life. *The American journal of gastroenterology*, 108(5), 634–641. DOI: [10.1038/ajg.2013.105](https://doi.org/10.1038/ajg.2013.105)
- Dukas, L., Willett, W. C., & Giovannucci, E. L. (2003). Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *The American journal of gastroenterology*, 98(8), 1790–1796. DOI: [10.1111/j.1572-0241.2003.07591.x](https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.07591.x)
- Esmailzadeh, A., Keshteli, A. H., Hajishafiee, M., Feizi, A., Feinle-Bisset, C., & Adibi, P. (2013). Consumption of spicy foods and the prevalence of irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*, 19(38), 6465–6471. DOI: [10.3748/wjg.v19.i38.6465](https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i38.6465)
- Ford, A. C., Lacy, B. E., Harris, L. A., Quigley, E. M. M., & Moayyedi, P. (2019). Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *The American journal of gastroenterology*, 114(1), 21–39. DOI: [10.1038/s41395-018-0222-5](https://doi.org/10.1038/s41395-018-0222-5)
- Fritscher-Ravens, A., Pflaum, T., Mössinger, M., Ruchay, Z., Röcken, C., Milla, P. J., Das, M., Böttner, M., Wedel, T., & Schuppan, D. (2019). Many Patients With Irritable Bowel Syndrome Have Atypical Food Allergies Not Associated With Immunoglobulin E. *Gastroenterology*, 157(1), 109–118.e5. DOI: [10.1053/j.gastro.2019.03.046](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.03.046)
- Ko, C., Lucassen, P., van der Linden, B., Ballering, A., & Olde Hartman, T. (2022). Stigma perceived by patients with functional somatic syndromes and its effect on health outcomes – A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 154, 110715. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2021.110715](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110715)
- Major, G., Murray, K., Singh, G., Nowak, A., Hoad, C. L., Marciani, L., Silos-Santiago, A., Kurtz, C. B., Johnston, J. M., Gowland, P., & Spiller, R. (2018). Demonstration of differences in colonic volumes, transit, chyme consistency, and response to psyllium between healthy and constipated subjects using magnetic resonance imaging. *Neurogastroenterology and motility*, 30(9), e13400. DOI: [10.1111/nmo.13400](https://doi.org/10.1111/nmo.13400)
- Major, G., Pritchard, S., Murray, K., Alappadan, J. P., Hoad, C. L., Marciani, L., Gowland, P., & Spiller, R. (2017). Colon Hypersensitivity to Distension, Rather Than Excessive Gas Production, Produces Carbohydrate-Related Symptoms in Individuals With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*, 152(1), 124–133.e2. DOI: [10.1053/j.gastro.2016.09.062](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.09.062)
- Mego, M., Accarino, A., Malagelada, J. R., Guarner, F., & Azpiroz, F. (2015). Accumulative effect of food residues on intestinal gas production. *Neurogastroenterology and motility*, 27(11), 1621–1628. DOI: [10.1111/nmo.12662](https://doi.org/10.1111/nmo.12662)

- Mitchell, H., Porter, J., Gibson, P. R., Barrett, J., & Garg, M. (2019). Review article: implementation of a diet low in FODMAPs for patients with irritable bowel syndrome--directions for future research. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 49(2), 124–139. DOI: [10.1111/apt.15079](https://doi.org/10.1111/apt.15079)
- Misselwitz, B., Butter, M., Verbeke, K., & Fox, M. R. (2019). Update on lactose malabsorption and intolerance: pathogenesis, diagnosis and clinical management. *Gut*, 68(11), 2080–2091. DOI: [10.1136/gutjnl-2019-318404](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318404)
- Miwa H. (2012). Life style in persons with functional gastrointestinal disorders--large-scale internet survey of lifestyle in Japan. *Neurogastroenterology and motility*, 24(5), 464–e217. DOI: [10.1111/j.1365-2982.2011.01872.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2982.2011.01872.x)
- Moayyedi, P., Quigley, E. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., Soffer, E. E., Spiegel, B. M., & Ford, A. C. (2014). The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The American journal of gastroenterology*, 109(9), 1367–1374. DOI: [10.1038/ajg.2014.195](https://doi.org/10.1038/ajg.2014.195)
- Monsbakken, K. W., Vandvik, P. O., & Farup, P. G. (2006). Perceived food intolerance in subjects with irritable bowel syndrome-- etiology, prevalence and consequences. *European journal of clinical nutrition*, 60(5), 667–672. DOI: [10.1038/sj.ejcn.1602367](https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602367)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2017. april) NICE Clinical Guideline 61: Irritable Bowel Syndrome in Adults: Diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome in Primary Care <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61>
- Nilholm, C., Larsson, E., Roth, B., Gustafsson, R. és Ohlsson, B. (2019). Irregular Dietary Habits with a High Intake of Cereals and Sweets Are Associated with More Severe Gastrointestinal Symptoms in IBS Patients. *Nutrients* 5;11(6):1279. DOI: [10.3390/nu11061279](https://doi.org/10.3390/nu11061279)
- Østgaard, H., Hausken, T., Gundersen, D., & El-Salhy, M. (2012). Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Molecular Medicine Reports*, 5, 1382–1390. DOI: [10.3892/mmr.2012.843](https://doi.org/10.3892/mmr.2012.843)
- Ragnarsson, G., & Bodemar, G. (1998). Pain is temporally related to eating but not to defaecation in the irritable bowel syndrome (IBS). Patients' description of diarrhea, constipation and symptom variation during a prospective 6-week study. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 10(5), 415–421. DOI: [10.1097/00042737-199805000-00011](https://doi.org/10.1097/00042737-199805000-00011)
- Rao, S. S., Kavelock, R., Beaty, J., Ackerson, K., & Stumbo, P. (2000). Effects of fat and carbohydrate meals on colonic motor response. *Gut*, 46(2), 205–211. DOI: [10.1136/gut.46.2.205](https://doi.org/10.1136/gut.46.2.205)
- Salari-Moghaddam., A, Hassanzadeh Keshteli., A, Esmailzadeh., A. és Adibi, P. (2020). Water consumption and prevalence of irritable bowel syndrome among adults. *PLoS ONE* 15(1): e0228205. DOI: [10.1371/journal.pone.0228205](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228205)
- Spiller, R. (2021). Impact of Diet on Symptoms of the Irritable Bowel Syndrome. *Nutrients*. 9;13(2):575. DOI: [10.3390/nu13020575](https://doi.org/10.3390/nu13020575)
- Zyoud, SH., Smale, S., Waring, WS., Sweileh, W. és Al-Jabi, SW. (2021). Global research trends in the microbiome related to irritable bowel syndrome: A bibliometric and visualized study. *World J Gastroenterol*. 7;27(13):1341–1353. DOI: [10.3748/wjg.v27.i13.1341](https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i13.1341)

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Szakáli Bálint  
Fehér Bot Otthon, Budapest  
[szbalint24@gmail.com](mailto:szbalint24@gmail.com)

Nagy Attila Csaba  
Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségügyi Informatikai Tanszék, Debrecen  
[attilanagy@med.unideb.hu](mailto:attilanagy@med.unideb.hu)

Molnár Edina  
Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Pszichológia Tanszék, Debrecen  
[molnar.edina@etk.unideb.hu](mailto:molnar.edina@etk.unideb.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 04. 29.  
Elfogadva: 2025. 03. 03.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Szakáli Bálint, Nagy Attila Csaba, Molnár Edina. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensszerződés alapján.



## MELLÉKLET:

A kutatásban használt kérdőív.

**1. Étkezési szokások feltérképezése**

**Étkezési szokások feltérképezése**

**[REDACTED]** kutatásunk egyik vizsgálati iránya az emésztési panaszokkal küzdők étkezési szokásainak a feltérképezése. Ezt a kérdőívet a kutatásban önként résztvevőként töltse ki. A kutatásból bármikor visszavonhatja részvételét.

A válaszadás önkéntes és név nélküli. A válaszokat bizalmasan és csak a kutatás céljaira használjuk. Válaszaikhoz csak mi, és témavezetőnk ([REDACTED], [REDACTED]) férünk hozzá.

A kitöltés 15 - 20 percet vesz igénybe. A részvételért jutalom nem jár.

Amennyiben a kérdőívvel kapcsolatos kérdése vagy észrevétele van, azt ezen az email címen jelezheti: [REDACTED].

A kérdőív kitöltésével Ön kijelenti, hogy elmúlt 18 éves, elismeri, hogy a tájékoztatást megértette és beleegyezik a kutatás folytatásába!

**Nagyon szépen köszönjük a részvételét!**

\* 1. Mennyire érzi jól magát jelenleg? (fizikailag)

☐ Remekül érzem magam, nincs panaszom

☐ Jól érzem magam, csekély kellemetlenségek vannak, de nem vészes

☐ Rosszul (gyakori a kellemetlenség, panasz)

☐ Nagyon rosszul (életminőségemet jelentősen rontják a tüneteim)

\* 2. Adja meg az életkorát! (egész számmal, pl.: 42)

\* 3. Jelölje be, hogy mely biológiai nemmel született!

☐ nő

☐ férfi

\* 4. Jelölje be a legmagasabb iskolai végzettségét!

☐ általános iskola

☐ szakiskola/ technikum

☐ gimnázium

☐ főiskola/ egyetem

\* 5. Hány centiméter magas? (Kerek számmal, a kerekítés szabályai alapján. Pl.ha 172,4 cm magas, írja ezt: 172. Nem kell mértékegységet írni, csak a számot)

\* 6. Hány kg jelenleg a súlya? (Kerek számmal, a kerekítés szabályai alapján. Pl. ha 71.7 írja ezt: 72. Nem kell mértékegységet írni, csak számot.)

\* 7. Az elmúlt 1 évben orvos diagnosztizált-e Önnél emésztőszervi megbetegedést/ megbetegedéseket?

☐ Nem

☐ Igen, kérjük írja be a szövegdobozba a diagnózist/ diagnózisokat!

\* 8. Van-e önnek diagnosztizált étel intoleranciája vagy étel allergiája?

☐ Nem, nincs

☐ Igen, kérjük nevezze meg a szövegdobozban.

\* 9. Mely szempontok a legfontosabbak az alapanyagok és készétel beszerzésekor az Ön számára? (maximum 3 opció választható)

☐ csökkentett cukortartalom

☐ bio legyen

☐ csökkentett zsírtartalom

☐ friss, helyi termelésből legyen

☐ minél gyorsabb elkészítés

☐ mennyibe kerül

☐ feldolgozott élelmiszerek kerülése

☐ környezettudatos csomagolás

☐ Egyéb

\* 10. Van-e bármely meghatározott diéta, melyet kitartóan követ minimum 1 hónapja? Kérem nevezze meg mely/ek ez/ek!

\* 11. Mennyire érzi sikeresnek a jelenlegi diétáját? (Ha semmilyen diétát nem követ minimum 1 hónapja, akkor az N/A opciót jelölje meg! )

egyáltalán nem  
sikeres

részben sikeres

inkább sikeres

abszolút sikeres

N/A



\* 12. Hányszor, milyen napszakban eszik legjellemzőbben?

- ☐ 3x, reggel - délbén - este  
☐ 3x vagy kevesebbszer, és inkább délelőtt  
☐ 3x vagy kevesebbszer, és leginkább délután-este  
☐ 3 óránként  
☐ időszakos böjtölők  
☐ többször is, ahogy jól esik, nem számolom  
☐ Egyéb

\* 13. Mi a legkésőbbi időpont, amikor általában eszik?

- ☐ 17 - 19 óra között  
☐ 19 - 21 óra között  
☐ 21 - 23 óra között  
☐ 23 óra után  
☐ ebéd után nem eszem  
☐ Egyéb

\* 14. Mi a 3 legjellemzőbb körülmény, ahogy főételt eszik? (maximum 3 opció választható)

- |                                                                |                                                    |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a munkahelyen gyorsan bekapok valamit | <input type="checkbox"/> mindig máskor étkezek     |
| <input type="checkbox"/> általában nyugodt körülmények között  | <input type="checkbox"/> mindig ugyanakkor étkezek |
| <input type="checkbox"/> rendelem, melegítem                   | <input type="checkbox"/> általában egyedül         |
| <input type="checkbox"/> otthon készített ételt eszem          | <input type="checkbox"/> általában társaságban     |

\* 15. A főételt általában mennyi idő alatt fogyasztja el?

- ☐ kevesebb, mint 10 perc  
☐ 10 - 15 perc  
☐ 15 - 20 perc  
☐ 20 - 30 perc  
☐ több mint 30 perc  
☐ Egyéb

\* 16. Jellemzően melyik fő étkezés közben vagy után erősebbek a tünetek?

- ☐ Reggeli  
☐ Ebéd  
☐ Vacsora

\* 17. Mely ételeket zárta ki az étkezéséből?

- |                                                 |                                                  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> semmit sem zártam ki   | <input type="checkbox"/> édességek               |
| <input type="checkbox"/> glutén                 | <input type="checkbox"/> pékáruk                 |
| <input type="checkbox"/> hüvelyesek             | <input type="checkbox"/> zsíros ételek           |
| <input type="checkbox"/> tojás                  | <input type="checkbox"/> kávé                    |
| <input type="checkbox"/> tejtermékek            | <input type="checkbox"/> állati eredetű termékek |
| <input type="checkbox"/> laktóz                 | <input type="checkbox"/> magvak                  |
| <input type="checkbox"/> növényi zsírok, olajok | <input type="checkbox"/> alkohol                 |
| <input type="checkbox"/> FODMAP tartalmú ételek | <input type="checkbox"/> cukor                   |
| <input type="checkbox"/> gyümölcsök             |                                                  |

\* 18. Mennyi vizet fogyaszt átlagosan naponta?

- ☐ Kevesebb, mint 0,5 liter
- ☐ 0,5 - 1 liter között
- ☐ 1 - 1,5 liter között
- ☐ 1,5 - 2 liter között
- ☐ Több, mint 2 liter

\* 19. Milyen gyakran használja a következő ételkészítési technológiákat saját étkezésében?

|                                                               | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) | Nem készítik<br>ételt/ nem főzők |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| Párolás                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Kevés zsíron sütés                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Bő zsírban sütés (pl.<br>rántott húsok,<br>sültkrumpli, stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Zsír nélküli sütés                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Sütőben sütés                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Rántás                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Habarás                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Hintés                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Főzés (vízben)                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Pépesítés                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |
| Nyersen fogyasztom<br>az élelmiszereket                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        | <input type="radio"/>            |

\* 20. Jelölje meg, hogy milyen gyakran fogyasztja a következőket!

|                                                                                                               | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| szénhidrátok -<br>tészták,<br>kenyérfélék,<br>édességek                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| zsiradékok - vaj,<br>olaj, zsírok                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| zöldségek (roktok)                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| gyümölcsök (rostok)                                                                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| húsok (fehérjék)                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| tejtermékek                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| étrendkiegészítők -<br>vitamiok, ásványi<br>anyagok,<br>nyomelemek                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| nasik (pl. chips)                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| üdítők (pl. Coca<br>Cola, Diet Coke,<br>Cola Light, Fanta,<br>almalé, narancslé,<br>Xixo, jeges teák,<br>stb) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| alkohol tartalmúak                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| kávék                                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| energia ital                                                                                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |

\* 21. Jelölje, milyen gyakran fogyasztja a következő szénhidrát-alapú ételeket!

|                                                           | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| száraz tészták                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| teljes kiőrlésű<br>termékek                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| fehérlisztből készült<br>kenyérfélék,<br>pékárak          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| édességek                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| gabonák (beleértve:<br>rizs, krumpli, köles,<br>zab stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |

\* 22. Jelölje, milyen gyakran fogyasztja a következő zsiradék-alapú ételeket!

|                                                                  | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| finomított növényi<br>olajok (pl.<br>napraforgó, repce,<br>stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| állati zsiradék, vaj                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| tejtermékek (pl.<br>sajt, tejföl, stb.)                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| nem finomított<br>növényi olajok (pl.<br>oliva, lenmag, stb.)    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| szalonna félék                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| margarinok                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |

\* 23. Jelölje, milyen gyakran fogyasztja a következő zöldségeket!

|                                                    | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) |
|----------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| nyers zöldség (pl.<br>uborka, paradicsom,<br>stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| párolt zöldségek,<br>rakottak, stb                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| gyökér-/ leves<br>zöldségek                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| zöld levelesek,<br>saláták                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| száraz hüvelyesek<br>(frissen elkészítve)          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| száraz hüvelyesek<br>(pl. konzerv, krém,<br>stb.)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| avokádó                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| hagymafélék                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| szója                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |

**\* 24. Jelölje, milyen gyakran fogyasztja a következő gyümölcsöket!**

|                                                | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) |
|------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| alma, körte                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| citrusok (pl. citrom,<br>narancs, stb.)        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| banán                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| szőlők                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| bogyós gyümölcsök                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| dinnyefélék                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| szilva                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| aszalt gyümölcsök                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| magvak (pl. dió,<br>mogyoró, mandula,<br>stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |

**\* 25. Jelölje, milyen gyakran fogyasztja a következő állati fehérjéket!**

|                                     | Soha                  | Ritkán<br>(havonta 1x) | Gyakran<br>(hetente 1x) | Nagyon gyakran<br>(több, mint 2x<br>hetente) |
|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|
| felvágottak,<br>szalámik            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| színhúsok (pl. mell,<br>comb, stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| belsőségek (pl. máj,<br>zúza, stb.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| halak (pl. friss,<br>konzerv)       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| tenger gyümölcsei                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| tojás                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |
| tejtermékek                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>                        |



\* 26. Ez az utolsó kérdés ebben a kérdőívben.

Az alábbi élelmiszerek közül, melyek azok, amiket könnyebben, melyek azok, amiket nehezebben emészt meg?

|                                   | Nagyon nehezen           | Nehezen                  | Jól                      | Nagyon jól               |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hüvelyesek                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tejtermékek                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| glutén                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| érett gyümölcsök                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tojás                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| krumpli                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| keményítő                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| káposzta                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| karfiol                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| brokkoli                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| uborka                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| alma                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| körte                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zab                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hajdina                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| paradicsom                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vöröshagyma                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fokhagyma                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| póréhagyma                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| újhagyma                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| csicseriborsó                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| apró magvak (pl. mák, chia, stb.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| diófélék                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| húsok                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zsír                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| halak                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Egyéb (kérem írja le szövegben, mely más élelmiszert emészt nehezen)

**VIZSGÁLATOK**

## Táplálkozási mintázatok és a menstruációs ciklus kapcsolata magyar nők körében

*Relationship between dietary patterns and menstrual cycle among Hungarian women*

**Szerzők:** [Keleti Ágnes Anna](#), [Szász András](#)

**Doi:** [10.58701/mej.16142](https://doi.org/10.58701/mej.16142)

**Kulcsszavak:** menstruáció; táplálkozás; dysmenorrhea; PMS

**Keywords:** menstruation; nutrition; dysmenorrhea; PMS

### Absztrakt

**BEVEZETÉS:** Külföldi mintákon végzett vizsgálatok megerősítik, hogy az étel- és ital-fogyasztási szokások és a menstruációs ciklussal kapcsolatos problémák között összefüggés áll fenn. A két leggyakrabban vizsgált terület a dysmenorrhea, ami a görcsös, fájdalmas menstruációt jelenti, valamint a premenstruációs szindróma, ismert rövidítéssel a PMS. A téma rendkívül aktuális, hiszen a menstruáció minden aktív korú nőt érint, populációtól függően pedig 50–90%-ban érintettek a dysmenorrhea és a PMS kérdésében. Viszonylag új kutatási területnek minősül az étel- és ital-fogyasztás és a menstruációs ciklus kapcsolatának vizsgálata, valamint eddig kizárólag külföldi mintákon történtek felmérések, így egy magyar mintát felhasználó vizsgálattal szeretnénk gazdagítani a tudományos diskurzust. Célunk, hogy közelebb kerüljünk a menstruációs nehézségek életmód szintjén történő orvoslásához, s hogy felhívjuk a figyelmet a téma létjogosultságára hazánkban is.

**MÓDSZERTAN:** A vizsgálat kérdőíves adatgyűjtéssel, majd statisztikai analízis ( $\chi^2$ , Pearson-, Spearman korreláció) használatával nyerte ki eredményeit. A vizsgálati elemszám  $n = 508$ . A kitöltők életkora 16–61 év közötti, az átlagéletkoruk 24,4 év. A mintában a dysmenorrhea prevalenciája 88,6%, míg a PMS-é 90,4%.

**EREDMÉNYEK:** A dysmenorrhea negatívan korrelál a rendszeres testmozgással, a zöldség- és folyadékfogyasztással, valamint a diófélék gyakoribb fogyasztásával is. A menstruációs görcsök a PMS-sel együtt pozitívan kapcsolhatók az alkoholfogyasztáshoz. A mintában a gyakrabban alkoholt fogyasztók körében nagyobb volt a görcsök és a PMS előfordulási aránya. A menstruációs vérzés hossz negatívan korrelál az olívaolaj- és folyadékfogyasztással, így azok gyakori, vagy nagyobb mértékű fogyasztása csökkentheti a menstruáció időtartamát. Ezzel szemben a vérzések hossza pozitív korrelációt mutat a gyakori tészta- és rizsfogyasztással, így ezen élelmiszerek túlzásba vitele ellentétes hatást látszik kifejteni. Mintánkban az alanyok értékelték étkezési szokásaik női rokonaik fogyasztási szokásaihoz mért hasonlóságát is. Ennek alapján arra az eredményre

jutottunk, miszerint a kitöltők minél hasonlóbban táplálkoznak női rokonaikhoz, annál nagyobb arányban tapasztalnak görcsöket, és azok annál erősebbek. Emellett a felmenők szokásaitól inkább eltávolodó alanyok körében kisebb volt a dysmenorrhea prevalenciája.

**KÖVETKEZTETÉSEK:** Az ételmisszerfogyasztási szokásoknak szoros köze lehet a menstruációs nehézségek alakulásához. A válaszokból kinyert szignifikáns eredmények mentén az egészségesebb mintázatok jellemzően kedvezőbb ciklus-jellemzőkkel társulnak.

### **Abstract**

**INTRODUCTION:** Studies conducted on foreign samples confirm a correlation between dietary habits and menstrual cycle-related issues. The two most commonly studied areas are dysmenorrhea, which refers to menstrual cramps, and premenstrual syndrome, abbreviated as PMS. The topic is highly relevant because menstruation affects every woman of reproductive age, with dysmenorrhea and PMS affecting 50–90% of the population depending on demographics. The examination of the relationship between food and the menstrual cycle is considered a relatively new research area, and surveys have so far been conducted only on foreign samples. Therefore, we aim to enrich the scientific discourse by conducting a study using a Hungarian sample. Our goal is to move closer to addressing menstrual difficulties at the lifestyle level and to draw attention to the relevance of the topic in our country as well.

**METHODOLOGY:** The study extracted its results through questionnaire-based data collection, followed by statistical analysis using chi-square, Pearson, and Spearman correlation. The sample size of the study was  $n = 508$ . The age of the participants ranged from 16 to 61 years, with a mean age of 24,4 years. In the sample, the prevalence of dysmenorrhea was 88.6%, while that of PMS was 90.4%.

**RESULTS:** Dysmenorrhea negatively correlates with regular exercise, vegetable and fluid intake, as well as more frequent consumption of nuts. Menstrual cramps, along with PMS, can be positively associated with alcohol consumption, meaning that in the sample, those who consumed alcohol more frequently had a higher occurrence of cramps and PMS. The length of menstrual bleeding negatively correlates with olive oil and fluid intake, so frequent or larger intake of these substances can reduce the duration of menstruation. Conversely, the length of bleeding shows a positive correlation with frequent consumption of pasta and rice, suggesting that excessive intake of these foods appears to have the opposite effect. In our sample, participants also evaluated the similarity of their dietary habits to those of their female relatives. The results show that the more similar participant's eating habits are to those of their female relatives, the higher the proportion of cramps they experience, and the stronger they are. Additionally, among participants who diverge more from the habits of their ancestors, the prevalence of dysmenorrhea was lower.

**CONCLUSIONS:** Dietary habits may have a close relationship with the development of menstrual difficulties. Based on the significant results extracted from the responses, healthier patterns are typically associated with more favourable cycle characteristics.

## Kulcsüzenetek

*Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?*

A fájdalmas, görcsös menstruáció és a PMS, valamint a ciklus egyéb aspektusai hatást gyakorolnak a nők mindennapjaira és jólléti állapotára.

*Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?*

Az eddig megjelent külföldi vizsgálatokban az egészségesebb táplálkozási mintázatok rendre kedvezőbb ciklusjellemzőkkel párosulnak.

*Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?*

Elsőként magyar mintán is teszteltük az ételmisszerfogyasztási szokások menstruációs nehézségekkel való kapcsolatát. Az eredmények megerősítették az egészséges mintázatok ciklusra gyakorolt pozitív hatását.

## BEVEZETÉS

Táplálkozásunk köztudottan életünk számos szegmensére aktívan hatással bír, és ez fordítva is épp így igaz. Tudjuk, hogy meghatározó szerepe van például testtömegünk, fizikai és mentális teljesítő-képességünk, vagy akár hangulatunk, közérzetünk alakulásában. Tulajdonképpen minden életfunkciónk szempontjából jelentősége van, hiszen szervezetünk a táplálék útján elfogyasztott tápanyagokból gazdálkodik, azokból építi fel saját tartozékait. A menstruáció és a táplálkozás kapcsolatáról már többször hallhatunk, leginkább az elégtelen energiafelvétel okozta rendszertelen, vagy egyenesen megszűnő vérzések kapcsán. A dolgozat

témája – azon túl, hogy ezen, és egyéb aspektusok jellemzőire és vizsgálatára is kitér –, leginkább a menstruációval járó kellemetlen tünetekre kíván fókuszálni, elsősorban a vérzés alatt jelentkező görcsökre (dysmenorrhea) és a premenstruációs szindrómára, röviden a PMS-re. A kiemelt figyelem azért irányul az utóbbi két jelenségre, mivel ezek női populációban való előfordulása olyan mértékeket ölt, hogy tulajdonképpen a legsúlyosabb eseteket kivéve normálisnak tekintjük meg-létüket. Kutatásunk elsődleges célja, hogy megvizsgáljuk, van-e bármi összefüggés az ételmisszerfogyasztási szokások és a menstruációs ciklussal kapcsolatos szem-pontok között, kiemelt figyelmet szentelve a menstruációs görcsöknek és a PMS-nek. A jelenség vizsgálatával közelebb kerülhetünk a menstruációs rendellenességek életmód szintjén történő orvoslásának lehetőségeihez, valamint felhívniánk a fi-gyelmet a téma létjogosultságára hazánk-ban is.

A premenstruációs szindróma a vérzést megelőző napokban, hetekben fellépő testi, pszichés és érzelmi panaszokat foglalja magába. A PMS előfordulási gyakorisága a reprodukív nők körében 85% körülire tehető (Dickerson, Mazyck és Hunter, 2003).

A dysmenorrhea a menstruáció alatt fellépő, fájdalmas, erős alhasi, kismencede tájéki görcsöket jelöli. A fájdalom intenzitásától és időtartamától függően ezek a panaszok lehetnek enyhébbek is, de komolyabb esetekben akár meg is akadályozhatják az egyént a mindennapi feladati ellátásában. Populációtól függően a nők körülbelül 50–90%-a tapasztal rendszeresen bizonyos mértékű menstruációs fájdalmat (McKenna és Fogleman, 2021).

Sajnos viszonylag gyakori, 10–15%-os prevalencia értékkel bíró rendellenesség az

*oligomenorrhea* (Moini Jazani és mtsai, 2018), vagy más néven rendszertelen menzesz. Akkor beszélhetünk oligomenorrhea-ról egy nőnél, ha a vérzése nem jelentkezik legfeljebb 35 napos periódusokon belül, vagyis jelentős idő telik el két menstruáció között (Seif, Diamond és Nickkho-Amiry, 2015). Az okok az elégtelen hormonális működéshez vezethetők vissza és felléphetnek az alultáplált, de elhízott egyéneknél is (Molnár, Kovács és Szász, 2017).

Számos külföldi folyóirat cikkei számolnak be lehetséges összefüggésekről a különféle élelmiszercsoportok, ásványi anyagok, vitaminok és a menstruációs ciklus rendellenességei között. Még ugyan nincs konszenzus a témában, de figyelemre méltó eredmények szólnak a magas dózisú D-vitamin PMS-re és menstruációs görcsökre gyakorolt enyhítő hatásáról, (Bahrami, Avan, Sadeghnia és mtsai, 2018; Bertone-Johnson és mtsai, 2005; Bertone-Johnson és mtsai, 2010), valamint kapcsolat látszik a kalciumszint és a vérvesztesség, érzékenység, ingerlékenység között is (Bahrami, Bahrami-Taghanaki, Afkhamizadeh és mtsai, 2018).

A lencseliszt fogyasztása csökkenti a menstruációs vérzés intenzitását, így potenciális alternatívát jelenthet a probléma kapcsán megszokottan alkalmazott tranexámsav hatóanyagú készítmények kiváltására (Shafiee és mtsai, 2019).

A halolaj és a gyömbér enyhíteni látszik a menstruációs görcsöket (Novitasari, Pamungkasari és Prasetya, 2021).

A dysmenorrhea magasabb értékkel párosult a napi két adag gyümölcsnél kevesebbet fogyasztó, és egy alkalomnál többet „nassoló” válaszadóknál. A napi olívaolaj -fogyasztás csökkent vérzés erősséggel, a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás, valamint összességében a

mediterrán étrendtől távolabb eső mintázatok pedig hosszabb ciklussal korreláltak (Onieva-Zafra és mtsai, 2020).

Egy vizsgálat szignifikáns összefüggést talált a PMS tünetek jelentkezése és a kenyérfélék gyakori fogyasztása között. Az alanyok minél több ilyen jellegű élelmiszert választottak, valamint étrendjük minél távolabb állt a mediterrán típusú táplálkozástól, annál valószínűbb volt, hogy premenstruációs szindrómát észleljenek náluk (Kwon, Sung és Lee, 2022).

A túl gyakori édességfogyasztás fokozott kockázatot jelent a közepes és erős menstruációs fájdalmak kialakulása szempontjából (Najafi és mtsai, 2018).

Több tanulmány a reggeli étkezés rendszeres kihagyásával is összekapcsolja a dysmenorrhea előfordulását (Helwa és mtsai, 2018).

2019-ben szintén megerősítették, hogy a jelentősebb zöldség-, gyümölcs-, hal- és tejtermékfogyasztás csökkenti a fájdalmas menstruációs görcsök előfordulásának kockázatát (Bajalan, Alimoradi és Moafi, 2019).

2000-ben Balbi és munkatársai az általuk mért mintán a jelentősebb hal-, tojás-, gyümölcs- és a mértékletes borfogyasztás nagyobb gyakoriságát figyelték meg az enyhébb görcsökkel rendelkezők körében, míg az erősebb fájdalmat jelentő alanyok csoportjában az említett táplálkozási mintázatok fordított tendenciát mutattak (Balbi és mtsai, 2000).

A gyakori gyorsételfogyasztás súlyosbítni látszik a görcsöket, míg az elégtelen mozgásmennyiség mind a dysmenorrhea-hoz, mind a PMS-hez pozitívan kapcsolható (Negi, Mishra és Lakhera, 2018; Tsamara, Raharjo és Putri, 2020).

Egy 2013-as tanulmány szignifikáns, pozitív kapcsolatot vélt felfedezni a túlsúly, a gyorsételfogyasztás, a fogyókúrázás, a mozgáshiány és a PMS között. Ezen kívül a fogyókúra a dysmenorrhea és a kóros menstruációs váladék szempontjából is kockázati tényezőnek tűnik (Vani és mtsai, 2013).

Fujiwara 2007-es eredményei rámutattak, hogy a tinédzser korban diétázó lányok felnőtt korukra nagyobb eséllyel számolhatnak a normálisnál erősebb menstruációs fájdalmakkal, az aktuálisan diétázók körében pedig gyakoribb volt a rendszeretlen menzesz (Fujiwara, 2007).

## MÓDSZERTAN

Az önálló vizsgálatot magyar populáció bevonásával, a Facebook közösségi oldalon közzétett online kérdőíves adatfelvétellel (a Google Űrlapokkal) valósítottuk meg. Az űrlap 2022. október 14-től 2022. november 7-ig volt elérhető a portálon, ez idő alatt elegendő számú válasz érkezett. A kérdőív kitöltésére felhívó szöveg tartalmazta a kitélt, miszerint a kérdéssort minden olyan lány vagy nő beadhatja, aki már átesett első menstruációján, egyéb kritérium, például életkori megkötés nem volt. A kapott válaszokat táblázatkezelő, valamint statisztikai program segítségével rendeztük, majd analizáltuk.

A kitöltendő űrlap összesen 43 kérdést tartalmazott, amelyek között szerepeltek általános, szociodemográfiai jellegűek (pl. életkor, iskolai végzettség), a menstruációs ciklus jellemzőinek felmérésére szolgálók (pl. ciklushossz, PMS tünetek, görcsök intenzitása), valamint a komplex táplálkozási szokások megismerésére irányuló kérdések. Utóbbi tekintetében a kérdések többnyire gyakorisági jellegűek voltak, a főbb élelmiszercsoportok fogyasztásának heti időtartamon belüli

rendszerességére vártuk a válaszokat (1. sz. melléklet).

A kérdéssort önállóan állítottuk össze, azonban néhány kérdés tartalmát tekintve inspirálódtunk a KIDMED mediterrán étkezési szokásokat felmérő kérdőívéből is (Serra-Majem és mtsai, 2004), a menstruációs fájdalom méréséhez pedig egy 1–10-ig terjedő skálát illesztettünk az űrlap kérdései közé (Hawker és mtsai, 2011).

A szükséges statisztikai próbákat (Pearson-, Spearman korreláció, chí-négyzet próba, röviden  $\chi^2$ ), valamint a dolgozatban szereplő grafikonok, ábrák összeállítását az IBM SPSS statisztikai programcsomag segítségével végeztük el. Az eredmények szignifikancia mentén történő vizsgálata során a  $*p < 0,05$  és  $**p < 0,01$  értéket tekintettük mérvadónak. A kategoriális változót tartalmazó mérés során chí-négyzet próbát alkalmaztunk, egyéb esetekben pedig korrelációt. A skála változón Pearson-féle, az ordinális mérési szintű változókon pedig Spearman-féle rangkorrelációt használtunk.

## EREDMÉNYEK

A vizsgálati elemszám 508 kitöltőig terjed ( $n = 508$ ), amely halmaz jelentős részét a húszas éveiben járó, fiatal nő képezte. A vizsgált populáció átlagéletkora 24,4 év, a legfiatalabb válaszadó 16, a legidősebb 61 éves. Iskolai végzettség szempontjából a minta zöme érettségivel (52,4%), valamint főiskolai vagy egyetemi diplomával (46,1%) rendelkezik. A kitöltők életkora és iskolai végzettsége amiatt lehet ennyire egyoldalú, mert a közösségi portálon szereplő csoportok – amelyekben a kérdőív közzétételre került –, tagjai valószínűleg rendre diplomamunkájuk mérőeszközeként kitöltésére vállalkozókat kereső fiatal egyetemisták, esetleg már végzett hallgatók voltak. Ebből adódik, hogy bár az életkori

szórás viszonylag jelentős, de az eredmények leginkább a huszonéves korosztályt tükrözik. Fontos megjegyezni, hogy a kutatás nem reprezentatív.

Rátérve a minta életmódbeli és menstruációs jellemzőinek bemutatására, megállapítható, hogy sajnos a válaszadók többsége nem sportol rendszeresen. Az alanyok 34,4%-a hetente egyszer-kétszer, míg 38,8%-uk ennél ritkábban végez fizikai aktivitást. Mindössze 26,8%, tehát körülbelül a minta egynegyede áldoz időt a heti három-négy, vagy ennél több alkalommal történő testmozgásra. A kitöltők testtömegéből és testmagasságából kalkulált BMI értékek átlaga 23,2 (kg/m<sup>2</sup>), az értékelhető válaszadók jelentős része (61,5%) normál (18,5-24,9) testtömegindex-szel rendelkezik, 29%-uk túlsúlyos vagy elhízott (25-29,9>), 9,5% pedig alultáplált (<18,5).

A menstruációs ciklus jellemzőit tekintve a kérdésre érvényesen válaszolók körében az átlag menarche (első menstruáció) érték 12,5 év, az átlagos ciklushossz 28,9 nap, viszont utóbbira a leggyakoribb válasz a 28 napos ciklus volt. A kitöltők 83,9%-a rendszeres vérzéssel rendelkezik. Jelen mintában a PMS és a dysmenorrhea prevalenciája nagynak mondható, ugyanis előbbi tekintetében 90,4%, utóbbi vonatkozásában pedig 88,6% az előfordulási arány. A vérzés alatt görcsöket tapasztaló nők körében jellemzően az erősebb fájdalomértékek domináltak. A skálán az alanyok 58,3%-a jelentett erős (7-10),

31,4%-a közepes (4-6), míg mindössze 10,3%-a enyhe (1-3) fájdalmat. Az átlagos dysmenorrhea érték így 6,6 körül alakul a mintában. A vizsgálatból ugyan nem zártuk ki a menopauzán átesett hölgyeket, viszont számuk és arányuk elenyésző, ugyanis a válaszadók 99,2%-a aktív menstruációs ciklussal rendelkezik.

Ha megvizsgáljuk a minta jellegzetes táplálkozási szokásokkal kapcsolatos mutatóit, fontos és egyben sajnálatos jellemző, hogy a kitöltők mindössze 30,7%-a fogyaszt napi rendszerességgel gyümölcsöt, 35,8%-a heti három-hat alkalommal, 30,7%-a pedig még ennél is ritkábban. A zöldségfogyasztás tekintetében ezek az arányok 45,3-43,1-11,6%. Ezen túl a hal- és diófélék rendszeres fogyasztása sem jellemzi túlzottan a vizsgálati csoportot: Előbbi kategóriában a válaszadók mindössze 19,7%-ának, míg utóbbiban 37%-nak szerepel hetente étlapján ez a két értékes nyersanyagcsoport. Szemben a negatív vonásokkal elmondható, hogy öröndetes módon a minta jelentős részére nem jellemző a gyakori gyorsétel-fogyasztás, ugyanis 75%-uk ritkábban, mint hetente, 19,7%-uk pedig heti egyszer vesz magához ilyen jellegű táplálékot.

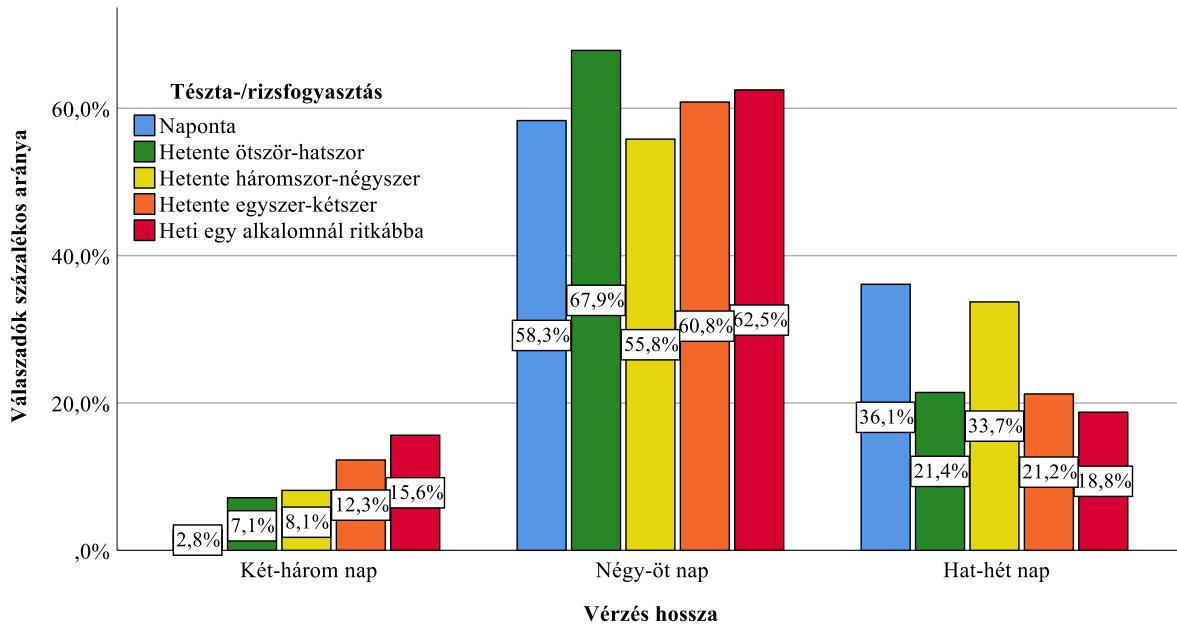
A vérzések hosszát tekintve enyhe pozitív korreláció lelhető fel a gabona-, tészta-, rizsfogyasztással, és negatív korreláció az olívaolaj- és a folyadékfogyasztással kapcsolatban. (1. táblázat)

1. táblázat: A vérzések hosszával, erősségével kapcsolatos mérések értékei (Forrás: saját szerkesztés)

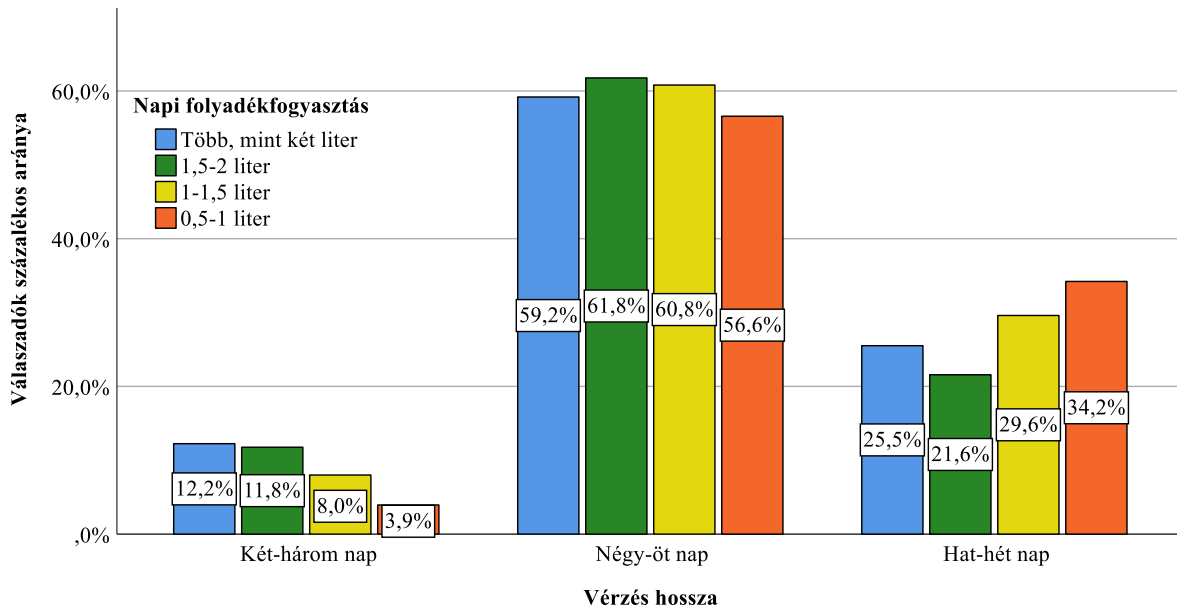
| Változók                  | Elemzés (n) | Korrelációs együttható értéke (r) | Szignifikancia értéke (p) |
|---------------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Vérzéshossz – Gabonafélék | 508         | 0,090                             | 0,043*                    |
| Vérzéshossz – Tészta/rizs | 508         | 0,101                             | 0,023*                    |
| Vérzéshossz – Olívaolaj   | 508         | -0,122                            | 0,006**                   |
| Vérzéshossz – Folyadék    | 508         | -0,104                            | 0,019*                    |



1. ábra: Menstruációs vérzés hosszának alakulása a tészta/rizs fogyasztás tükrében; n = 508  
(Forrás: saját szerkesztés)



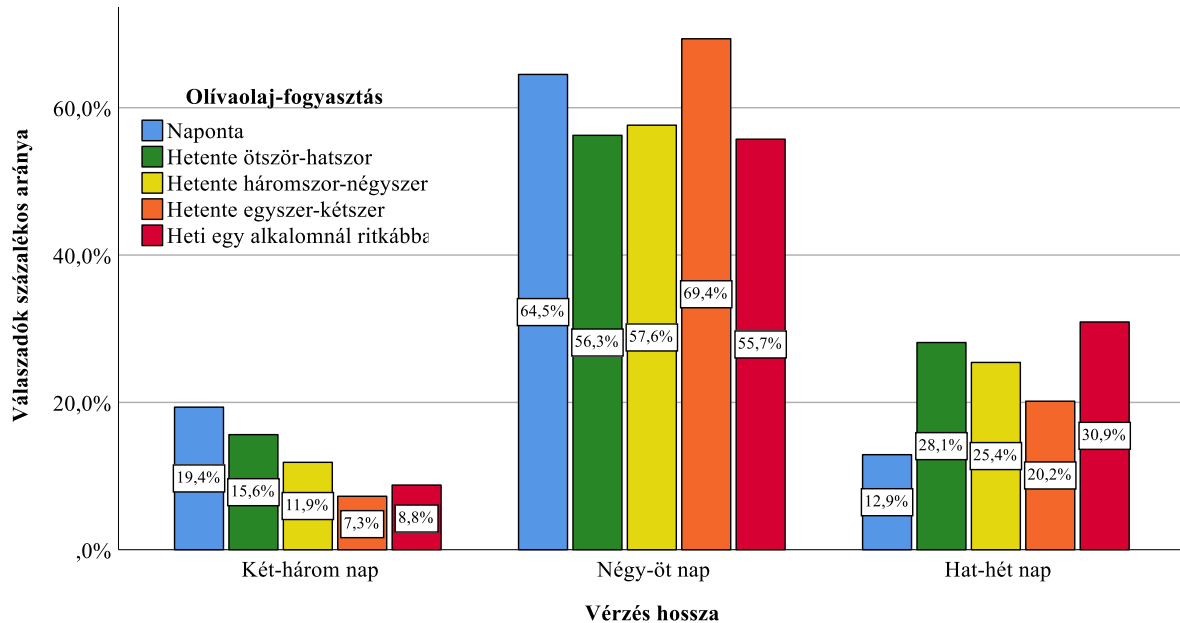
2. ábra: Menstruációs vérzés hosszának alakulása a napi folyadékfogyasztás függvényében; n = 508  
(Forrás: saját szerkesztés)



Az előbbi két ábra tekintetében megfigyelhető, hogy a mintában a tészta- és rizsfélék túlzott fogyasztása, valamint az elégtelen folyadékfogyasztás tendenciósan hosszabb vérzésekkel párosul, míg

azok körében, akik bőségesen isznak folyadékot, és visszashorítják a tésztás, rizses ételeket, jellemzően rövidebb menstruációs vérzések jelentkeznek.

**3. ábra:** Menstruációs vérzés hosszának alakulása az olívaolaj-fogyasztás tekintetében; n = 508  
(Forrás: saját szerkesztés)

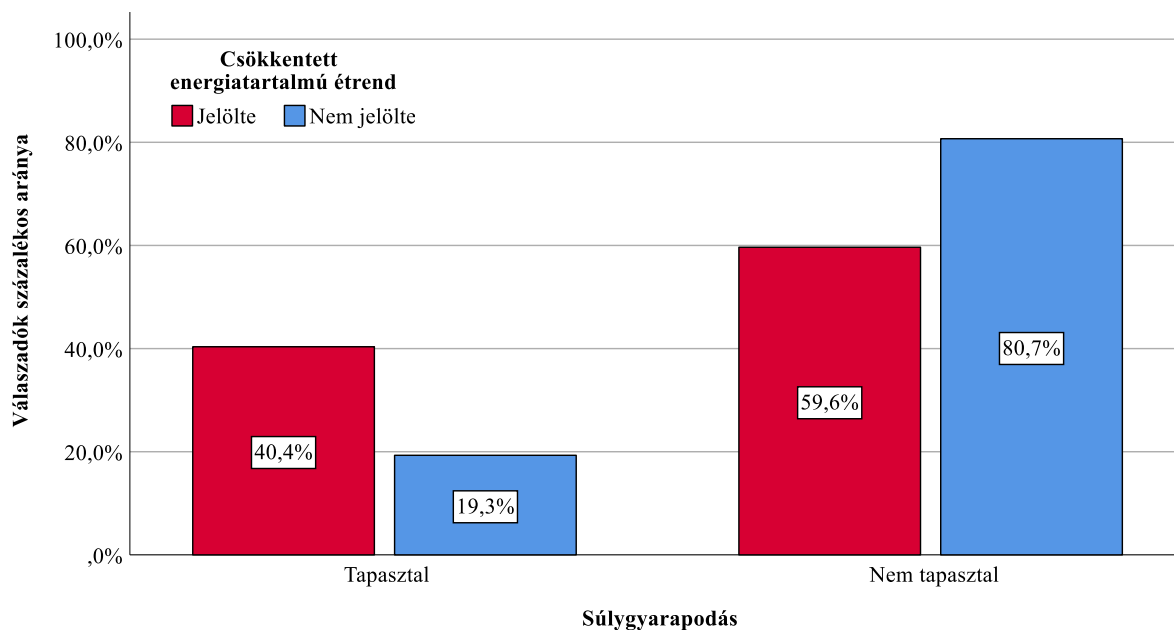


A szélső értékeket szemlélve látható, hogy a naponta olívaolajat fogyasztókat találjuk a legnagyobb arányban a rövidebb vérzéssel bírók csoportjában, míg a heti szinten egyszer sem fogyasztók arányaiban dominálnak a hosszú menstruációval rendelkezők kategóriájában.

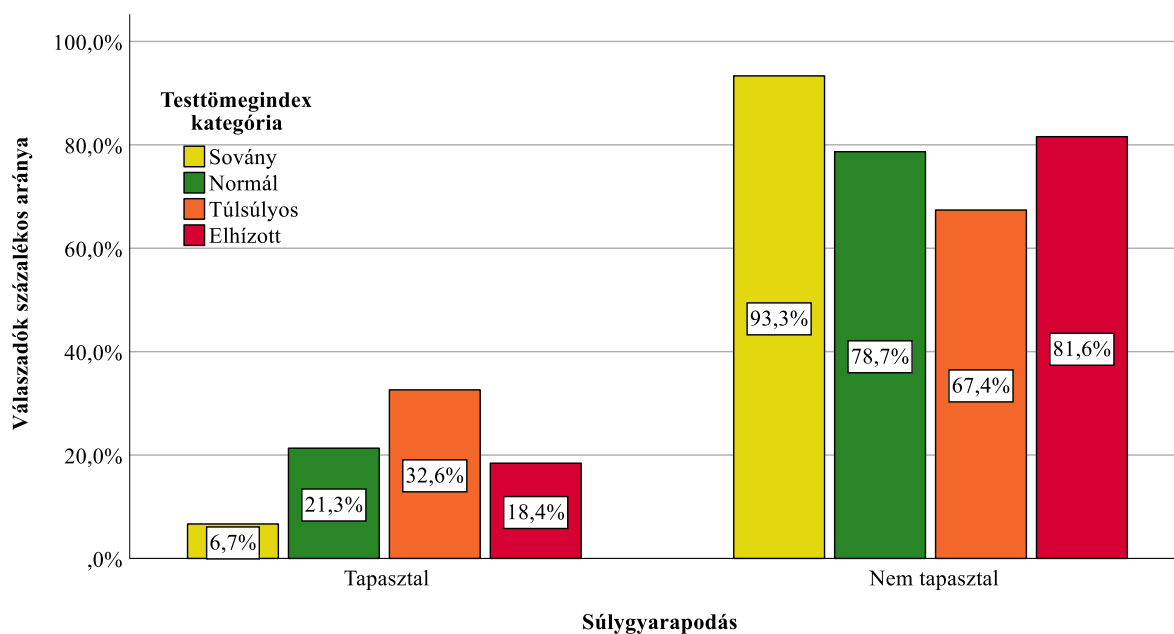
A PMS prevalenciája és tünetei kapcsán jelen vizsgálat eredményei szerint a csökkentett energiatartalmú, vagy a (hozzáadott) cukrot megvonó étrendek problémákat okozhatnak a vérzés előtti

súlygyarapodás, illetve érzékenység tekintetében, míg a húsmentes diétát folytatók körében épphogy kisebbnek látszik a tömegnövekedés, vizesedés. A nagyobb BMI érték jobban párosulni látszik az előbbi tünettől, akárcsak a fentebb említett energiahányos állapot, azonban a mintában a nagyobb testtömegindex értékekkel szintén pozitívan függ össze a csökkentett energiatartalmú étrend, tehát nem egyértelmű, melyiknek lehet inkább köze a súlygyarapodáshoz. (2. táblázat)

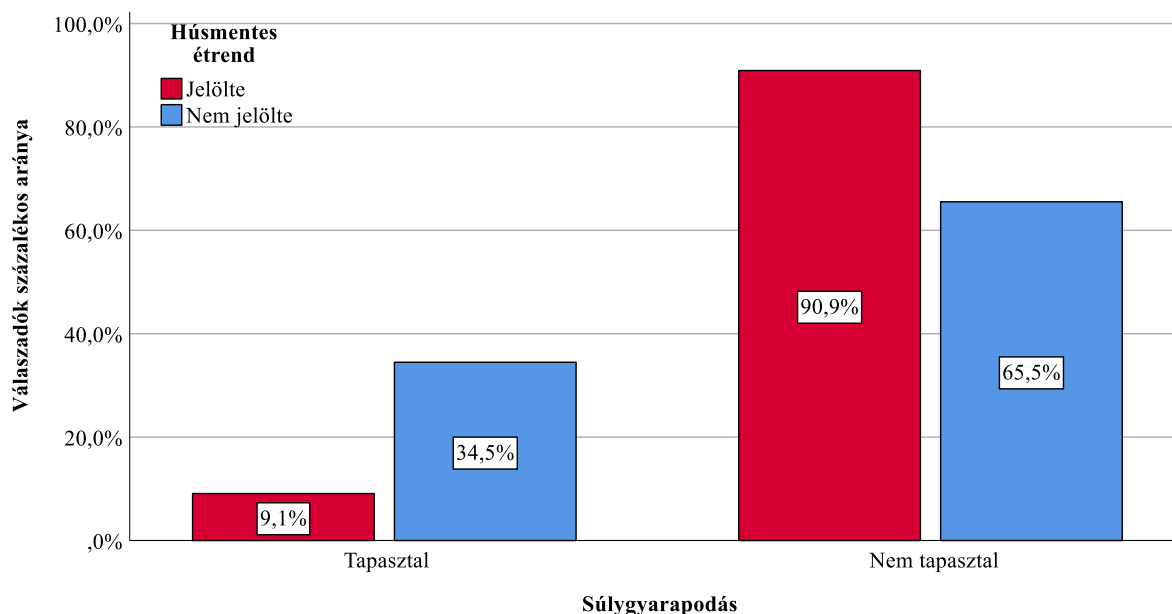
4. ábra: Menstruáció előtti súlygyarapodás előfordulása a csökkentett energiatartalmú étrendet tartók és nem tartók körében; n = 461 (Forrás: saját szerkesztés)



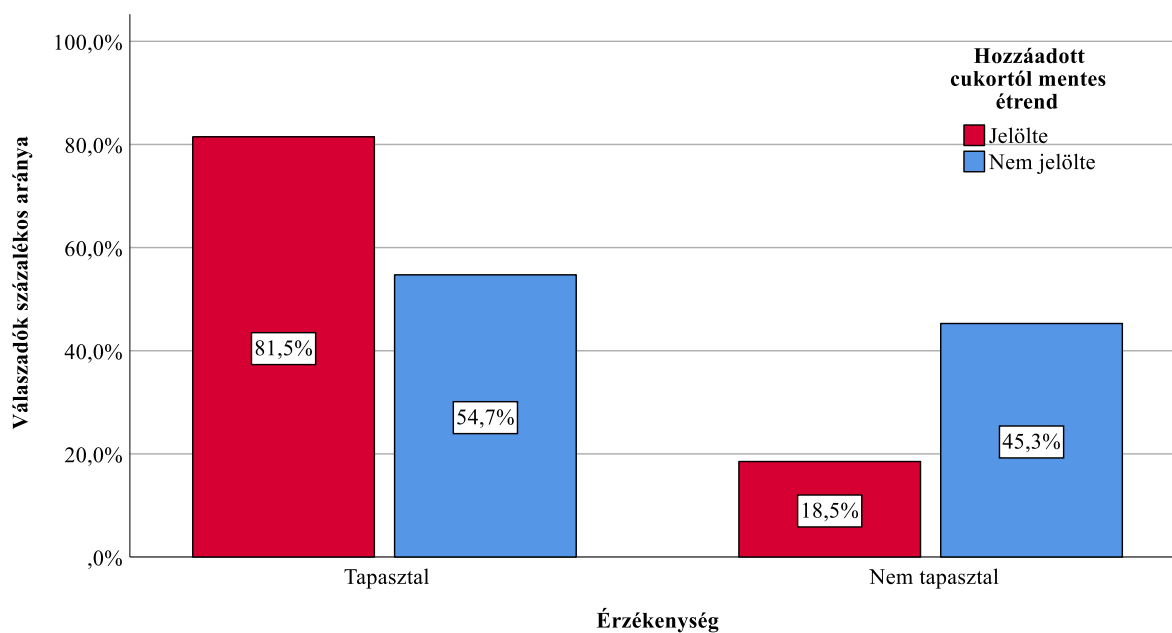
5. ábra: Menstruáció előtti súlygyarapodás észlelése a különböző BMI csoportok körében; n = 461 (Forrás: saját szerkesztés)



6. ábra: Menstruáció előtti súlygyarapodás tapasztalása a húsmentes étrendet folytatók, és nem folytatók körében; n = 80 (Forrás: saját szerkesztés)



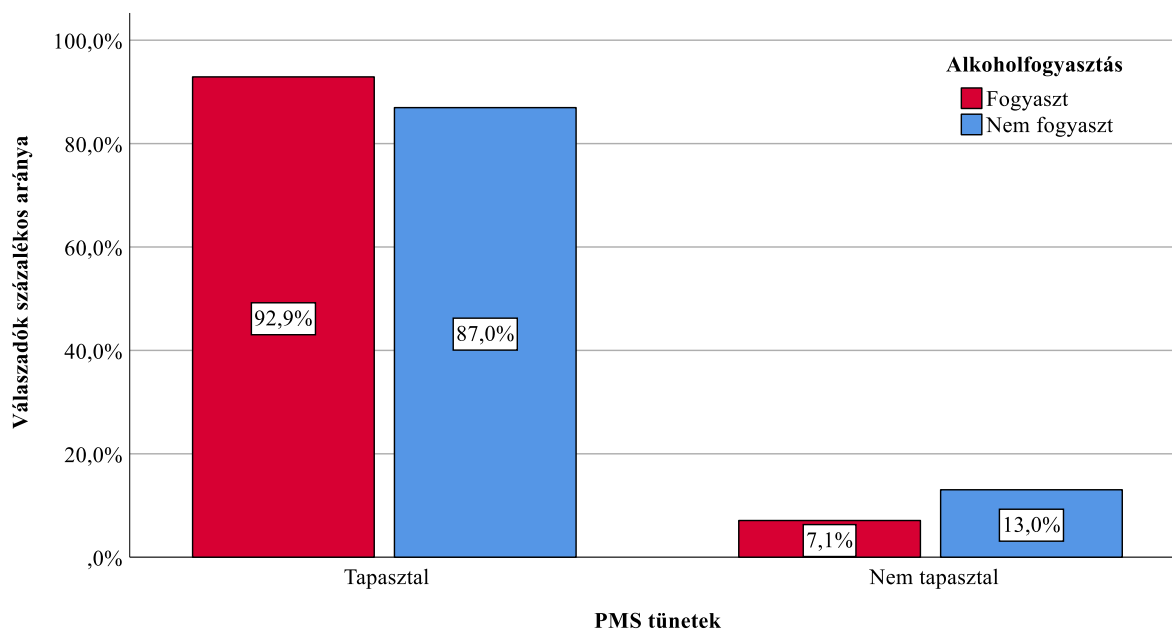
7. ábra: Menstruáció előtti érzékenység észlelése a cukormentes étrendet folytatók, és nem folytatók körében; n = 80 (Forrás: saját szerkesztés)



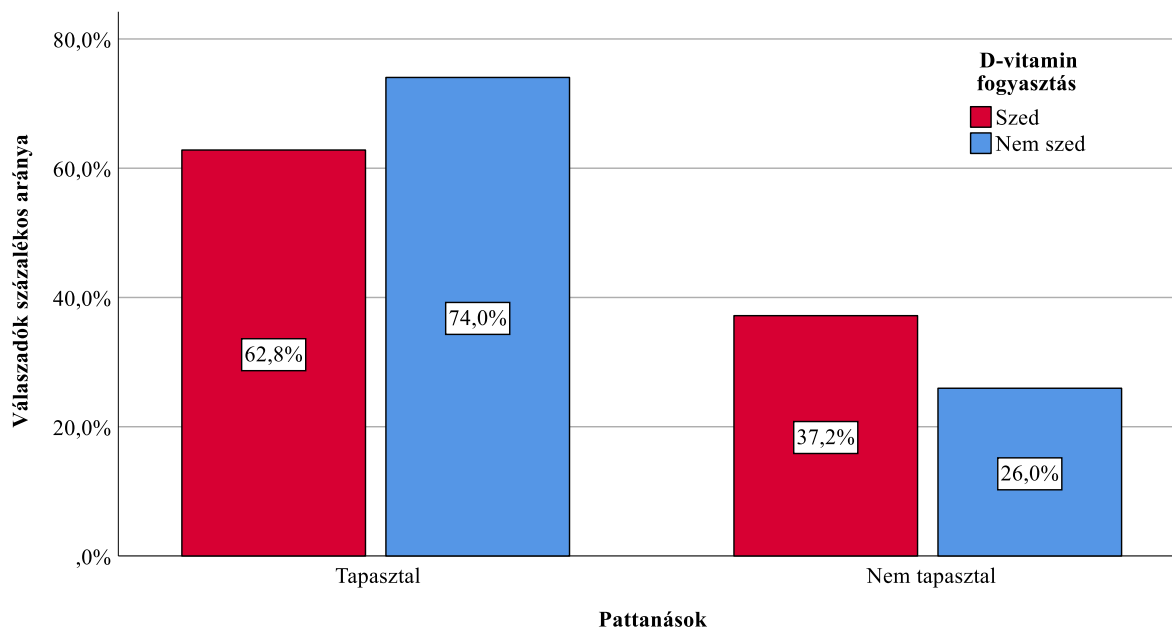
A vizsgálati mintában az alkalmanként alkoholt fogyasztók körében enyhén gyakoribb a PMS jelentkezése, valamint a D-vitamint rendszeresen szedők kisebb arányban számolnak be vérzés előtti pattanások megjelenéséről. Azok pedig, akiknek rokonai körében gyakoribb volt a

menstruációs problémák megjelenése (későbbiekben felmerő háttér), a PMS időszakában nagyobb arányban élnek meg olyan érzelmi jellegű kellemetlenségeket, mint például az ingerlékenység. (2. táblázat)

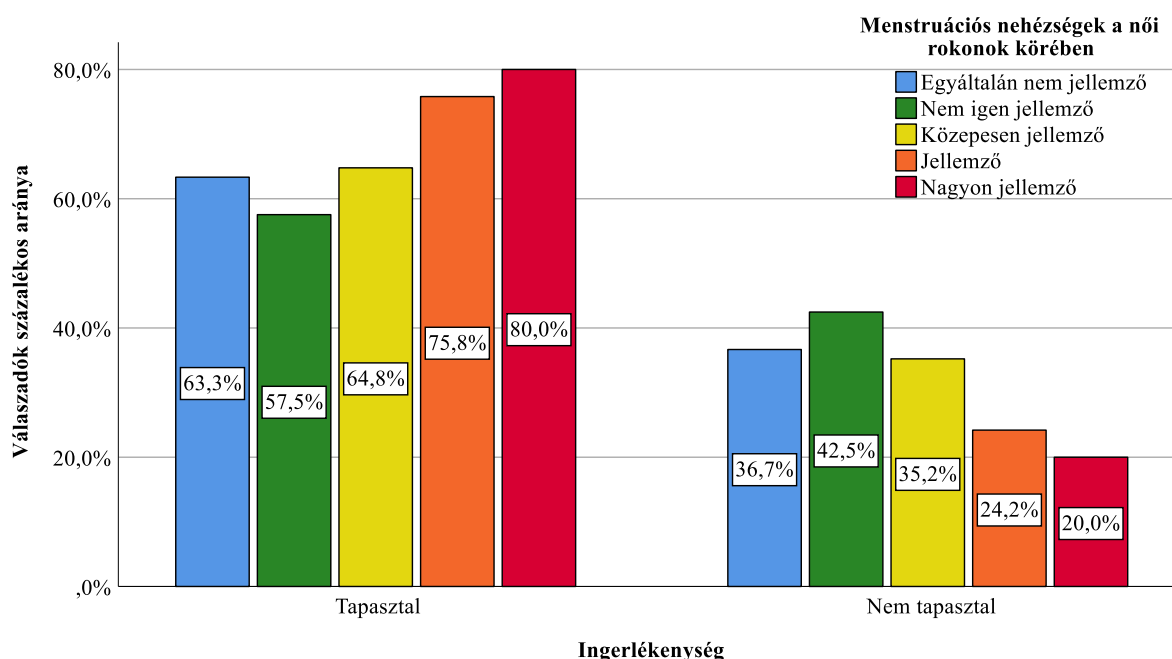
8. ábra: PMS tünetek előfordulása az alkoholt fogyasztók, és nem fogyasztók körében; n = 508  
(Forrás: saját szerkesztés)



9. ábra: Menstruáció előtti pattanások előfordulása a D-vitamint szedők és nem szedők körében; n = 461  
(Forrás: saját szerkesztés)



10. ábra: A felmenői háttér és az ingerlékenység mint PMS tünet kapcsolata; n = 461 (Forrás: saját szerkesztés)



A PMS tünetekkel kapcsolatos statisztikai vizsgálatok tekintetében az adatokat a relatív megoszlási mutatók mellett khi-

négzet próbával is teszteltük, ezek eredményei a 2. táblázatban olvashatók.

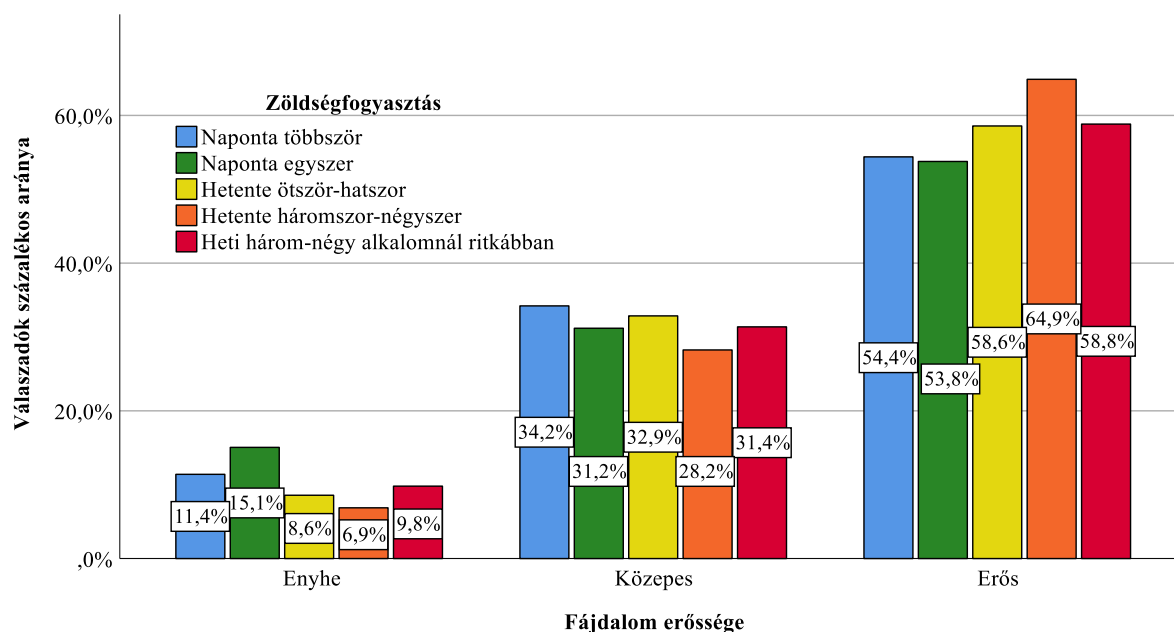
2. táblázat: A PMS tünetekkel kapcsolatos mérések értékei (Forrás: saját szerkesztés)

| Változók                                            | Elemzés (n) | $\chi^2$ értéke | Szignifikancia értéke (p) |
|-----------------------------------------------------|-------------|-----------------|---------------------------|
| Súlygyarapodás – Csökkentett energiatartalmú étrend | 461         | 12,93           | 0,000**                   |
| Súlygyarapodás – BMI                                | 461         | 12,59           | 0,006**                   |
| Súlygyarapodás – Húsmentes étrend                   | 80          | 5,16            | 0,023*                    |
| Érzékenység – Hozzáadott cukortól mentes diéta      | 80          | 5,55            | 0,019*                    |
| PMS előfordulása – Alkoholfogyasztás                | 508         | 4,94            | 0,026*                    |
| PMS pattanások – D-vitamin szedése                  | 461         | 6,69            | 0,010*                    |
| Ingerlékenység – Felmenői háttér                    | 461         | 13,18           | 0,010*                    |

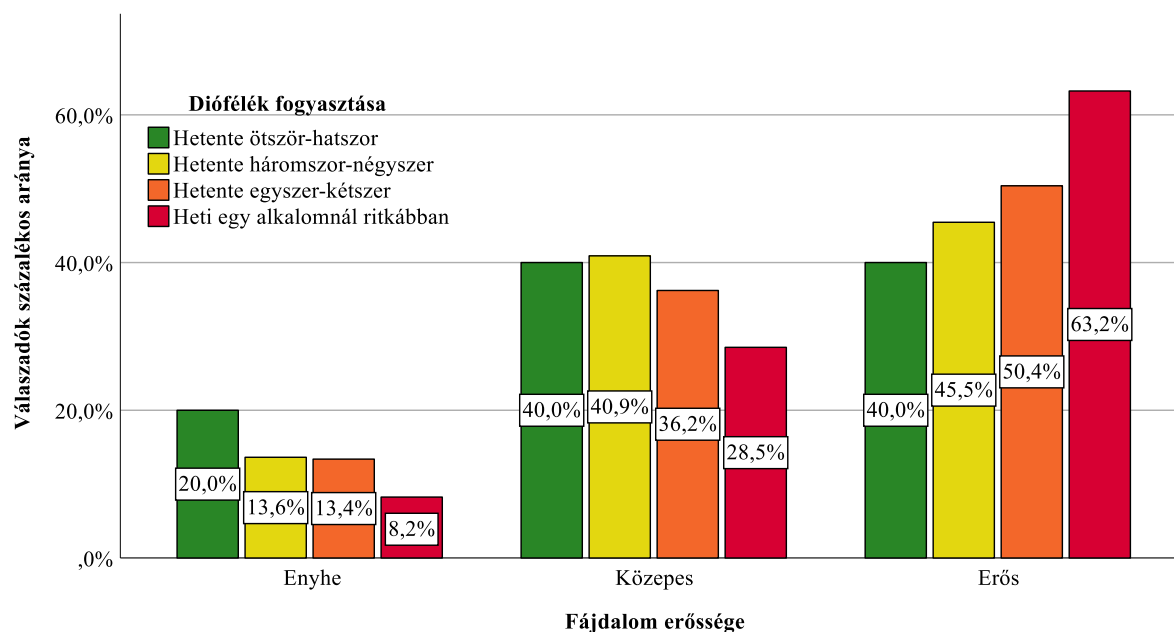
A mintában az egészséges táplálkozásba és életmódba illeszkedő zöldség-, dió- és folyadékfogyasztás, valamint a fizikai aktivitás mind csökkent kockázatot jelez-

nek a menstruációs görcsök mértéke szempontjából, míg az alkoholfogyasztás enyhén pozitívan kapcsolódik a fájdalmakhoz. (3. táblázat)

11. ábra: Menstruációs görcsök erőssége a zöldségfogyasztási szokások tekintetében; n = 459  
(Forrás: saját szerkesztés)

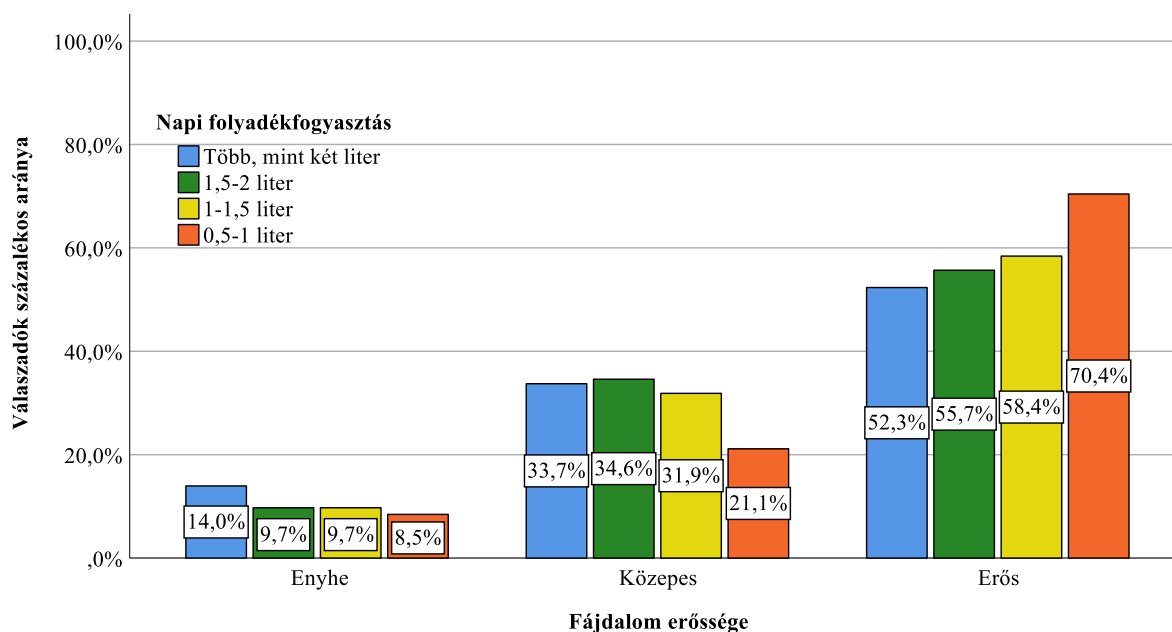


12. ábra: Menstruációs görcsök erőssége a diófogyasztás tekintetében; n = 459 (Forrás: saját szerkesztés)

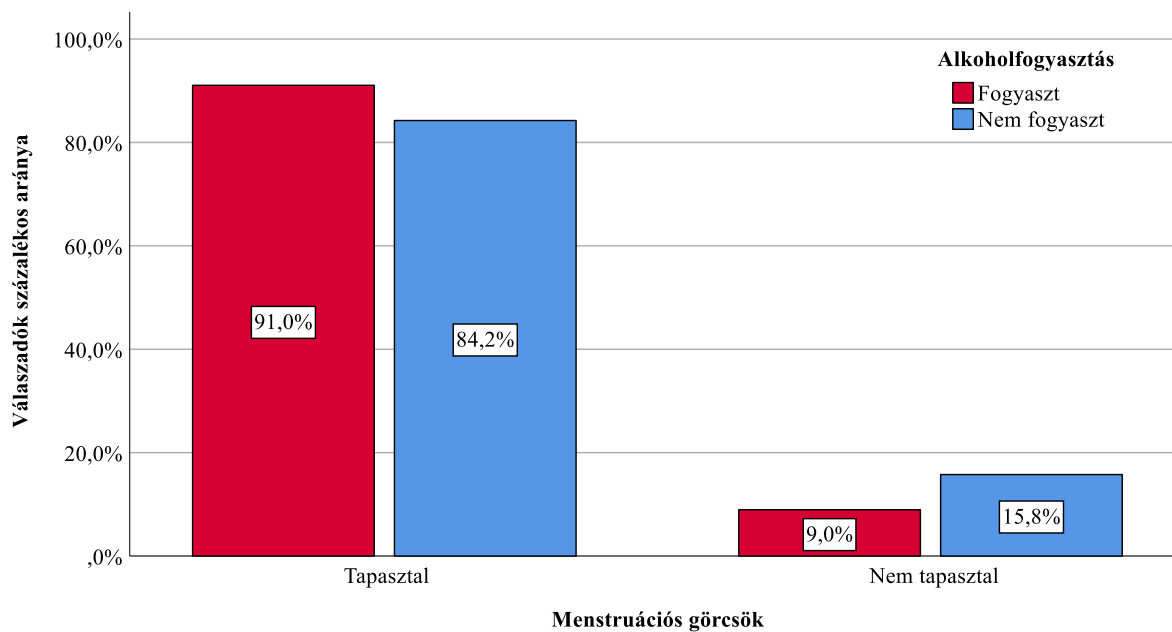




13. ábra: Menstruációs görcsök erőssége a napi folyadékfogyasztás tükrében; n = 459  
(Forrás: saját szerkesztés)



14. ábra: Menstruációs görcsök előfordulása az alkoholt fogyasztók, és nem fogyasztók körében; n = 459  
(Forrás: saját szerkesztés)



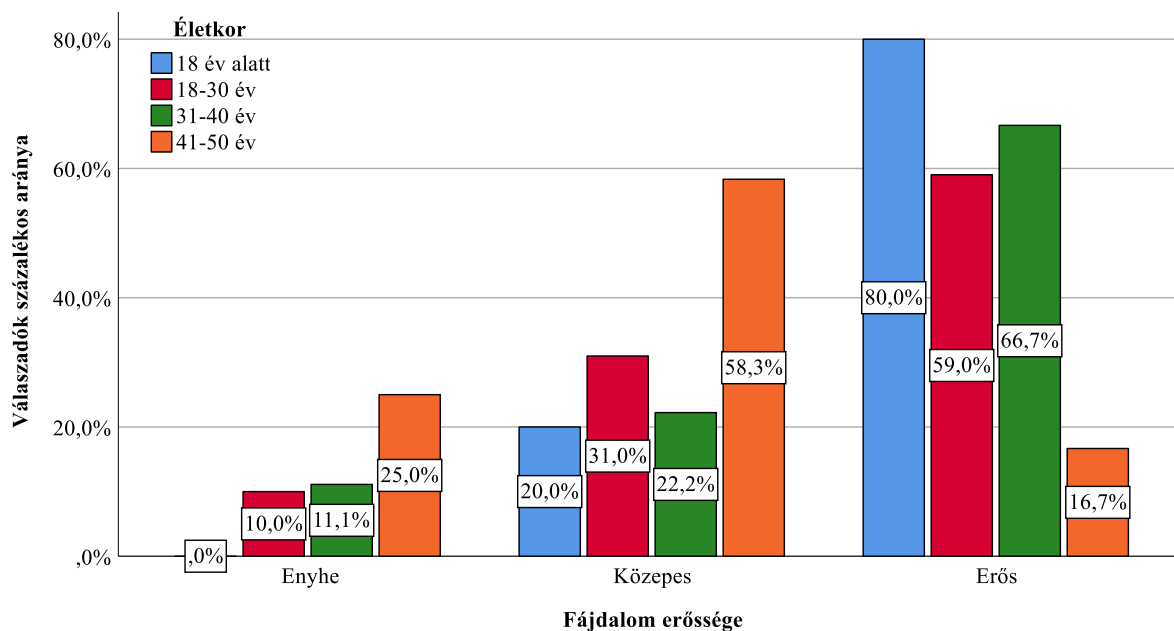
**3. táblázat:** A menstruációs görcsökkel kapcsolatos mérések értékei az ételmszerfogyasztás és a testmozgás tekintetében (forrás: saját szerkesztés)

| Változók                             | Elemzés (n) | Együttható értéke | Szignifikancia értéke (p) |
|--------------------------------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| Fájdalom erősség – Zöldség           | 459         | $r = -0,096$      | 0,040*                    |
| Fájdalom erősség – Diófélék          | 459         | $r = -0,129$      | 0,006**                   |
| Fájdalom erősség – Folyadék          | 459         | $r = -0,106$      | 0,023*                    |
| Görcsök előfordulása – Alkohol       | 459         | $\chi^2 = 5,38$   | 0,020*                    |
| Fájdalom erősség – Fizikai aktivitás | 459         | $r = -0,135$      | 0,004**                   |

Érdekes, hogy a mintában az életkor előre haladtával jellemzően enyhén csökken a dysmenorrhea mértéke, tehát a fiatalabb kitöltők többnyire nagyobb értékeket jelöltek ezen a skálán. Ennek lehet jelentősége, mivel az életkor és a táplálkozási

szokások között végzett korrelációs vizsgálatok kimutatták, hogy a mintában az idősebb válaszadókra jellemzőbb az egészséges ételek gyakoribb fogyasztása, előnyben részesítése a kerülendő ételmszerekkel szemben. (4. táblázat)

**15. ábra:** Menstruációs görcsök erősségének megoszlása a különböző korcsoportokban; n = 459  
(Forrás: saját szerkesztés)



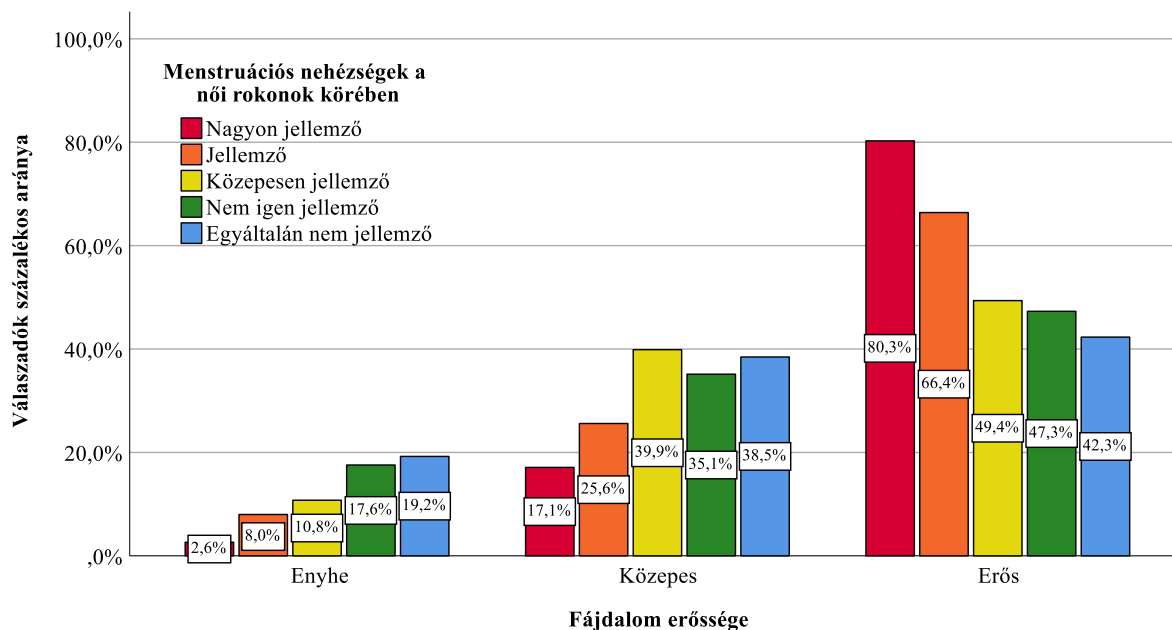
**4. táblázat:** Az életkorral kapcsolatos mérések értékei a görcsök erőssége és az étkezési szokások tekintetében (Forrás: saját szerkesztés)

| Változók                         | Elemzés (n) | Korrelációs együttható értéke (r) | Szignifikancia értéke (p) |
|----------------------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Életkor – Fájdalomerősség        | 459         | -0,097                            | 0,038*                    |
| Életkor – Gyümölcsfogyasztás     | 508         | 0,107                             | 0,016*                    |
| Életkor – Tészta-/rizsfogyasztás | 508         | -0,123                            | 0,005**                   |
| Életkor – Gyorsételfogyasztás    | 508         | -0,109                            | 0,014*                    |

A felmenői háttér tekintetében a menstruációs görcsök intenzitása pozitívan korrelál a női rokonok menstruációs problémáinak mértékével. Amely válaszadónak a családjában jellemzők voltak az ilyen jellegű panaszok, annál nagyobb a dysmenorrhea előfordulásának az esélye. Egy másik

korrelációs próba enyhe összefüggést velt felfedezni a felmenői háttér menstruációs vonatkozása és a kitöltő zöldségfogyasztási szokásai között: a kevesebb zöldséget fogyasztók körében nagyobb a rokonok menstruációs problémáinak prevalenciája. (5. táblázat)

**16. ábra:** Menstruációs görcsök erőssége a felmenői háttér vonatkozásában; n = 459 (Forrás: saját szerkesztés)



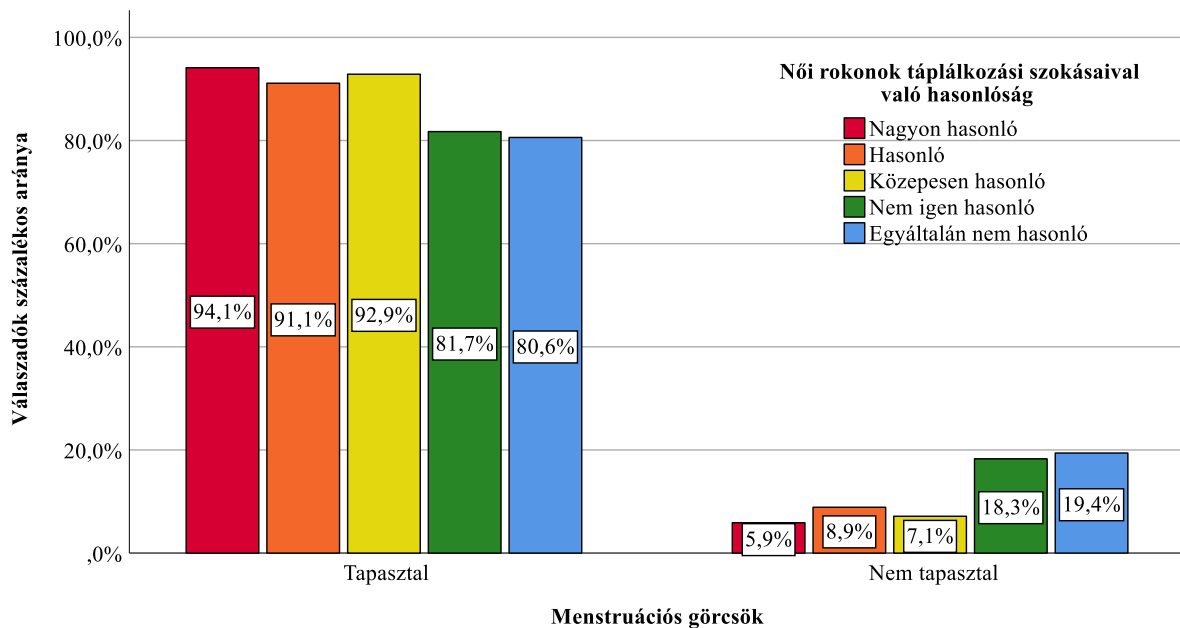
**5. táblázat:** A felmenői háttérrel kapcsolatos mérések értékei a görcsök intenzitása és a zöldségfogyasztás tekintetében (Forrás: saját szerkesztés)

| Változók                            | Elemzés (n) | Korrelációs együttható értéke (r) | Szignifikancia értéke (p) |
|-------------------------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Felmenői háttér –Fájdalom erőssége  | 459         | 0,284                             | 0,000**                   |
| Felmenői háttér – Zöldségfogyasztás | 508         | -0,094                            | 0,034*                    |

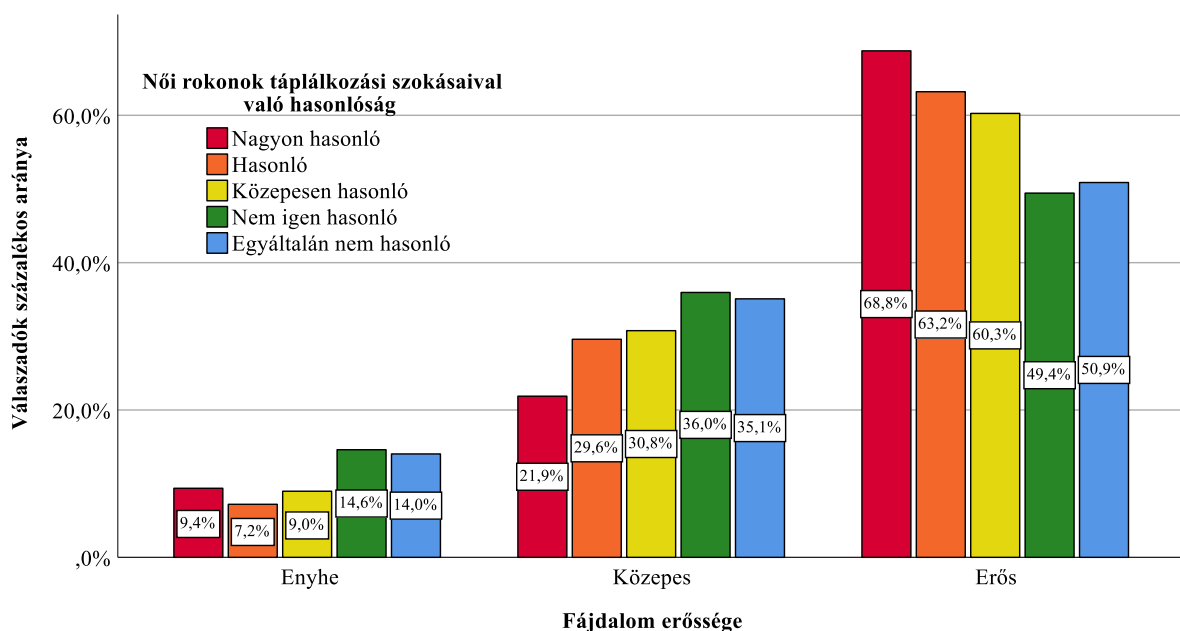
Jelen kutatás egyik kiemelten fontos vizsgálati területe, hogy a mintában a női rokonokkal való táplálkozási hasonlóság összefüggést mutat mind a menstruációs fájdalom előfordulása, mind az intenzitása között: Azok körében, akiknél az étkezési szokások nagyban hasonlítottak a női fel-

menők szokásaira, szignifikánsan nagyobb volt a dysmenorrhea megjelenése és mértéke, míg, akik nem a rokonaik útját követik e tekintetben, azoknál tendenciózusan kisebb értékeket lehetett azonosítani. (6. táblázat)

17. ábra: Menstruációs görcsök előfordulása a női rokonok táplálkozási szokásaival való hasonlóság tükrében; n = 508 (Forrás: saját szerkesztés)



18. ábra: Menstruációs görcsök erőssége a felmenők táplálkozási szokásaival való hasonlóság tükrében; n=459 (Forrás: saját szerkesztés)



**6. táblázat:** A táplálkozási hasonlósággal kapcsolatos mérések értékei a menstruációs görcsök vonatkozásában  
(Forrás: saját szerkesztés)

| Változók                                       | Elemzés (n) | Együttható értéke | Szignifikancia értéke (p) |
|------------------------------------------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| Táplálkozási hasonlóság – Görcsök előfordulása | 508         | $\chi^2 = 13,97$  | 0,007**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Fájdalom erőssége    | 459         | $r = 0,109$       | 0,020*                    |

Ez egy összetett kérdés, mert ehhez a megfigyeléshez hozzátartozik még az a tényező is, hogy a vizsgálatban azok körében, akik jobban követik rokonaik szokásait, jellemzőbb az egészségtelen ételek gyakoribb fogyasztása, és a táplálkozási egészségügyi szempontokból hasznosabb élelmiszerek háttérbe szorítása: valószínűleg a vizsgált populáció rokonsága nem kifejezetten előnyös étrendi mintákkal rendelkezhet, persze ez csak egy feltételezés. Amit itt fontos kiemelni, hogy a női felmenők szokásait nagyobb részt átvevő kitöltők többek között jellemzően kevesebb zöldséget, diót és folyadékot fogyasztanak, ezáltal háttérbe szorítják azokat a szokásokat, amelyek a vizsgálat előbbi, saját eredményei alapján is védő

szerepet töltenének be a dysmenorrhea szempontjából. A rokonaikhoz hasonló táplálkozási szokásokkal rendelkezők körében jellemző még, hogy kevesebb olívaolajat, hüvelyeset és zöldséget, emellett viszont több tészta-, rizs- és gabonaféléket, tejtermékeket, fehér és vörös húsokat, édességeket fogyasztanak. Egy másik, ide kapcsolódó érdekes együttállás, hogy az életkor – amely az előzőekben már negatív kapcsolatot mutatott a görcsökkel, és pozitívat néhány egészségesnek mondható szokással –, szintén negatívan korrelál a női rokonokkal való táplálkozási hasonlóság mértékével. A táplálkozási szokásokkal való hasonlóság és a kitöltők saját étkezési preferenciái közötti összefüggések értékeit a 7. táblázat szemlélteti.

**7. táblázat:** A rokonokhoz mért táplálkozási hasonlóság összevetése a válaszadó saját étkezési szokásaival és az életkorral (Forrás: saját szerkesztés)

| Változó                               | Elemzés (n) | Korrelációs együttható értéke (r) | Szignifikancia értéke (p) |
|---------------------------------------|-------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Táplálkozási hasonlóság – Életkor     | 508         | -0,090                            | 0,044*                    |
| Táplálkozási hasonlóság – Zöldségek   | 508         | -0,193                            | 0,000**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Hüvelyesek  | 508         | -0,175                            | 0,000**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Tészta/rizs | 508         | 0,103                             | 0,020*                    |
| Táplálkozási hasonlóság – Gabonafélék | 508         | 0,107                             | 0,015*                    |
| Táplálkozási hasonlóság – Tejtermékek | 508         | 0,135                             | 0,002**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Fehér húsok | 508         | 0,110                             | 0,013*                    |
| Táplálkozási hasonlóság – Vörös húsok | 508         | 0,103                             | 0,021*                    |
| Táplálkozási hasonlóság – Diófélék    | 508         | -0,144                            | 0,001**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Édesség     | 508         | 0,126                             | 0,004**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Olívaolaj   | 508         | -0,170                            | 0,000**                   |
| Táplálkozási hasonlóság – Folyadék    | 508         | -0,092                            | 0,038*                    |

## MEGBESZÉLÉS

A rendszertelen, kimaradozó menstruáció tekintetében a már szintén ismert, tápláltsági és energiafelvételi tényezőknek tulajdoníthatjuk a legnagyobb jelentőséget (Molnár, Kovács és Szász, 2017). Az aktuális vizsgálat megerősíti ezeket a felismeréseket, ugyanis a válaszadók körében az oligomenorrhea szignifikánsan nagyobb arányban érinti a különféle diétákat folytatókat, a csökkentett energiatartalmú étrendet követőket, valamint a nem megfelelő testtömegindex-szel rendelkező hölgyeket, ahogyan erre egy korábbi felmérés rámutatott (Fujiwara, 2007).

A speciális étkezési gyakorlatok körében, a mintában a csökkentett szénhidrát-tartalmú, valamint a hozzáadott cukrot nem tartalmazó („cukormentes”) diéta tűnik leginkább kockázati tényezőnek az oligomenorrhea vonatkozásában.

A csökkentett szénhidrát-tartalmú („szénhidrátcsökkentett”) diétát tartók igen jelentős hányada tartozik a rendszertelen menstruációval küzdő nők közé, az étrendet nem követő társaikhoz képest. A hozzáadott cukortól mentes diéta tekintetében a helyzet nagyon hasonló, itt pár százalékkal még szélesebb is a két csoport közötti szakadék. Ennél a két étrendnél viszont meg kell említeni, hogy a válaszok kategorizálása során azok, akik a policisztás ovárium szindróma (PCOS), és/vagy az inzulinrezisztencia (IR) kezelésére alkalmazandó étrendet nevezték meg, mind a „szénhidrátcsökkentett”, valamint a „cukormentes” kalapba kerültek, ugyanis ezen két betegség kezelésére szolgáló diéták jellegzetes közös vonása az egyszerű cukrokból álló, gyorsan felszívódó szénhidrátok kiiktatása. Ami még szintén elmondható a PCOS, illetve az IR problémáról – azontúl, hogy a két betegség összefügg –, hogy mindkettőnek gyakori

tünete a menstruáció kimaradása, rendszertelenné válása, emiatt tehát egyáltalán nem lehet egyértelmű, hogy a mintában ez az összefüggés magának az étrendnek, vagy inkább az étrendeket jelölők körében gyakorta előforduló PCOS, IR betegségeknek tulajdonítható (Farshchi és mtsai, 2007).

Az olívaolaj-fogyasztás pozitív hatásának lehetőségét már egy, az előbbiekben többször tárgyalt tanulmány is fejtegette, ahol a vérzéserősség kisebb volt a rendszeresen olívaolajat fogyasztók körében (Onieva-Zafra és mtsai, 2020). Az egyes élelmiszereknek védő szerepet tulajdonított az a vizsgálat is, amelyben szignifikánsan kisebb volt a menstruációs görcsökkel küzdők aránya azok körében, akik mindig olívaolajjal készítették az ételeiket, szemben azokkal, akik nem (Fernández-Martínez, Onieva-Zafra és Parra-Fernández, 2018). Végezetül, Ly és munkatársai 2021-ben publikált tanulmánya potenciálisan alkalmasnak találta az olívaolaj rendszeres fogyasztását, mint védő tényezőt, többek között a mell-, petefészekrák, valamint a menopauza utáni csonttritkulás kialakulásában is (Ly és mtsai, 2021).

A PMS-t illetően az eddigi, étrendet vizsgáló munkák pozitív összefüggést találtak a premenstruációs tünetek ritkább, enyhébb jelentkezése, és a nagyobb mértékű D-vitamin-bevitel, illetve a magasabb D-vitaminszint között (Bertone-Johnson és mtsai, 2005, 2010). Ezentúl, Kwon és társai 2022-ben arra az eredményre jutottak, miszerint a PMS nagyobb arányban fordul elő azoknál az alanyoknál, akik túl sok édességet, illetve kenyérféléket fogyasztanak, valamint, akiknek az étrendjük összességében távolabb áll a mediterrán mintától (Kwon, Sung és Lee, 2022). Vizsgálatunkban kapott eredményeinket erősíti az a 2013-as kutatás, amely szintén pozitív kapcsolatot tárt fel

a túlsúly, a diétázás és a PMS előfordulása között (Vani és mtsai, 2013). Végezetül a gyorsételek fogyasztása, valamint a fogyókúrázás (csökkentett energiatartalmú étrend követése) szintén provokálni látszik a tárgyalt problémát (Vani és mtsai, 2013).

A bőséges zöldségfogyasztás és az enyhébb mértékű görcsök kapcsolatát saját eredményeinkhez hasonlóan Bajalan és munkatársai 2019-ben megerősítették (Bajalan, Alimoradi és Moafi, 2019).

## KÖVETKEZTETÉSEK

Mind a tanulmány elején bemutatott publikációkat, mind a saját vizsgálatot tekintve figyelemfelkeltőnek véljük a téma eddigi eredményeit, hiszen mindkét esetben láthattunk árulkodó tendenciákat kibontakozni, amelyből arra biztosan következtethetünk, hogy a területen mutatott összefüggések nem a véletlen művei, és érdemes tovább bogoztatni a szálakat a jövőben. Az általunk felsorakoztatott tanulmányok és a tanulmány előző fejezetében részletezett eredmények rendre azt látszanak alátámasztani, hogy a táplálkozási szokások igenis hatással vannak a menstruációs görcsökre, és egyéb, a ciklushoz tartozó kellemetlenségekre. A szakirodalmi háttér többnyire a gyümölcs-, zöldség- és a halfélék fogyasztását javallottnak, míg az édességeket, gyorsételeket kerülendőnek ítéli a vérzés alatti fájdalmak és a PMS szempontjából. A saját vizsgálat hasonló eredményre jutott a gyakoribb zöldségfogyasztás terén, amely csökkent kockázatot jelzett a dysmenorrhea tekintetében. A mintában továbbá a dió- és folyadékfogyasztás, a rendszeres testmozgás, valamint az alkohol kerülése szintén pozitív hatást jelzett a görcsök kérdéskörében. Az eredmények azt mutatták, hogy a menstruációs fájdalmak prevalenciája és erőssége tendenciózusan

nagyobb mértékű azon válaszadók körében, akik családjában jellemzők a vérzéssel kapcsolatos problémák, valamint akik rokonaikat tekintve nagyobb fokú táplálkozási hasonlósággal bírnak. A PMS terén az alkoholt fogyasztók csoportjában enyhén gyakoribb a kellemetlen tünetek előfordulása, a D-vitamint szedők pedig kisebb arányban számoltak be menstruáció előtt felbukkanó pattanásokról. A rendszeresen olívaolajat, valamint elegendő mennyiségű folyadékot fogyasztók körében alacsonyabbnak bizonyult a vérzésekkel töltött napok száma.

Az eredmények több oldalról való vizsgálata során kirajzolódnak egyértelmű és árnyaltabb összefüggések is. Az például bizonyos, hogy a mintában az egészségesebb táplálkozás korrelál a gyakoribb testmozgással, a bőségesebb folyadékfogyasztással, vagyis megmutatkozik egy trend, ami a helyes életmódot folytatókat takarhatja. Ugyanilyen világosan látszik az is, hogy ezen egészséges szokásokat tartókat kevésbé sújtják a menstruáció előtt vagy alatt jelentkező kellemetlenségek. Már nem ilyen egyértelműen, de szintén feltételezhető a vizsgálati eredményekből, hogy a rokonok többnyire egészségtelennek bizonyult szokásait jobban követők körében gyakoribb a görcsök és bizonyos PMS tünetek előfordulása. Több, különálló analízis egymás mellé állítása segítségével megfigyelhető, hogy a menstruációs nehézség hasonlósága, a helytelen táplálkozási szokások közötti hasonlóság, és a vérzés alatti fájdalom tendenciózusan összefüggenek. Ez arra enged következtetni, hogy a mintában talán nem pusztán az öröklődés lehetősége merül fel, mint kézenfekvő válasz arra, miért függ össze a válaszadó nehézsége a rokon nehézségi fokával, hanem az is, hogy talán részben épp a néhány igen hasonló, negatív táplálkozási szokás okozza ezeket a közös vonásokat.



Ugyan igaz, hogy a saját eredmények alapján az „egészségtelenként” jellemzett élelmiszerekkel, ételekkel közvetlenül összevetve nem igen találni kapcsolatot a fogyasztásuk és a menstruációs kellemtelenségek között, azonban hozzátennénk, hogy a minta egyébként sem kifejezetten bővelkedett az ilyen ételeket túl sűrűn fogyasztók számában. Ezzel szemben a válaszadók jelentős hányada nem fogyaszt rendszeresen egészségre pozitív hatású élelmiszereket (pl. gyümölcsök, zöldségek, diófélék, halak, olívaolaj), és többségük igen ritkán mozog, tehát az is megeshet, hogy a menstruációs problémákat nem feltétlenül provokálja egy egészségtelennek tartott élelmiszer, azonban a tünetek csökkentése lehetséges, ha a fentebb említett jótékony hatású élelmiszereket nagyobb arányban, gyakrabban fogyasztjuk.

Az általunk tanulmányozott és kapott eredmények alapján azt gondoljuk, hogy a tendenciák, amelyeket biztosra vehetünk, inkább az összképre irányulnak, nehéz izolálni a jelenség konkrét, pontos összetevőit. Az egészséges és egészségtelen tényezők arányán, egyensúlyán látszik

kirajzolódni a problémák megléte és mértéke. Szinte minden tanulmány arra a következtetésre jut, hogy a táplálkozási ajánlásokat jobban követő, rendszeres testmozgást végző, egészséges életmódot folytatók körében kevésbé gyakoriak a tárgyalt problémák, azonban az már nagymértékben eltérő, hogy a különféle vizsgálatok melyik táplálkozási összetevőnek mekkora jelentőséget tulajdonítanak, s az sem világos, hogy az adott élelmiszerek pontosan hogyan bírhatnak hatással a menstruációs ciklusra, tehát eme jelenségek élettani hátterét is többnyire homály fedi. Emiatt gondoljuk azt, hogy a jövőben sokkal több olyan kutatásra van szükség, amelyek pontosabb módszerekkel képesek eredményeket kimutatni, akár laborvizsgálatok, akár utókövetéses táplálkozási napló, vagy mélyinterjú alkalmazása során.

Ha az egzakt módszereket választó jövőbeli kutatások is ígéretes befejezéssel zárulnának, az komoly előrelépést jelenthetne a női populáció egészségének, jó közérzetének, jóllétének gyógyszermentes támogatása terén.

## HIVATKOZÁSOK

- Bahrami, A., Avan, A., Sadeghnia, H. R., Esmaeili, H., Tayefi, M., Ghasemi, F., Nejati Salehkhani, F., Arabpour-Dahoue, M., Rastgar-Moghadam, A., Ferns, G. A., Bahrami-Taghanaki, H. és Ghayour-Mobarhan, M. (2018). High dose vitamin D supplementation can improve menstrual problems, dysmenorrhea, and premenstrual syndrome in adolescents. *Gynecological endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 34(8), 659–663. doi: [10.1080/09513590.2017.1423466](https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1423466)
- Bahrami, A., Bahrami-Taghanaki, H., Afkhamizadeh, M., Avan, A., Mazloun Khorasani, Z., Esmaeili, H., Amin, B., Jazebi, S., Kamali, D., Ferns, G. A., Sadeghnia, H. R. és Ghayour-Mobarhan, M. (2018). Menstrual disorders and premenstrual symptoms in adolescents: prevalence and relationship to serum calcium and vitamin D concentrations. *The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 38(7), 989–995. doi: [10.1080/01443615.2018.1434764](https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1434764)
- Bajalan, Z., Alimoradi, Z. és Moafi, F. (2019). Nutrition as a Potential Factor of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review of Observational Studies. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 84(3), 209–224. doi: [10.1159/000495408](https://doi.org/10.1159/000495408)
- Balbi, C., Musone, R., Menditto, A., Di Prisco, L., Cassese, E., D'Ajello, M., Ambrosio, D. és Cardone, A. (2000). Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 91(2), 143–148. doi: [10.1016/s0301-2115\(99\)00277-8](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(99)00277-8)
- Bertone-Johnson, E. R., Chocano-Bedoya, P. O., Zagarins, S. E., Micka, A. E. és Ronnenberg, A. G. (2010). Dietary vitamin D intake, 25-hydroxyvitamin D3 levels and premenstrual syndrome in a college-aged population. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 121(1–2), 434–437. doi: [10.1016/j.jsbmb.2010.03.076](https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2010.03.076)
- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Bendich, A., Johnson, S. R., Willett, W. C. és Manson, J. E. (2005). Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 165(11), 1246–1252. doi: [10.1001/archinte.165.11.1246](https://doi.org/10.1001/archinte.165.11.1246)
- Dickerson, L. M., Mazyck, P. J. és Hunter, M. H. (2003). Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 67., 1743–1752. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12725453/>
- Farshchi, H., Rane, A., Love, A. és Kennedy, R. L. (2007). Diet and nutrition in polycystic ovary syndrome (PCOS): Pointers for nutritional management. *The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 27(8), 762–773. doi: [10.1080/01443610701667338](https://doi.org/10.1080/01443610701667338)
- Fernández-Martínez, E., Onieva-Zafra, M. D. és Parra-Fernández, M. L. (2018). Lifestyle and prevalence of dysmenorrhea among Spanish female university students. *PLoS One*, 13(8): 0201894. doi: [10.1371/journal.pone.0201894](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201894)
- Fujiwara, T. (2007). Diet during adolescence is a trigger for subsequent development of dysmenorrhea in young women. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 58(6), 437–444. doi: [10.1080/09637480701288348](https://doi.org/10.1080/09637480701288348)
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T. és French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res.*, 63(S11), 240–252. doi: [10.1002/acr.20543](https://doi.org/10.1002/acr.20543)
- Helwa, H. A. A., Mitaeb, A. A., Al-Hamshri, S. és Sweileh, W. M. (2018). Prevalence of dysmenorrhea and predictors of its pain intensity among Palestinian female university students. *BMC Women's Health*, 18., 18. doi: [10.1186/s12905-018-0516-1](https://doi.org/10.1186/s12905-018-0516-1)
- Kwon, Y. J., Sung, D. I. és Lee, J. W. (2022). Association among Premenstrual Syndrome, Dietary Patterns, and Adherence to Mediterranean Diet. *Nutrients*, 14(12), 2460. doi: [10.3390/nu14122460](https://doi.org/10.3390/nu14122460)
- Ly, T. T. G., Yun, J., Lee, D. H., Chung, J. S. és Kwon, S. M. (2021). Protective Effects and Benefits of Olive Oil and Its Extracts on Women's Health. *Nutrients*, 13(12), 4279. doi: [10.3390/nu13124279](https://doi.org/10.3390/nu13124279)
- McKenna, K. A. és Fogleman, C. D. (2021). Dysmenorrhea. *American Family Physician*, 104(2), 164–170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34383437/>
- Moini Jazani, A., Hamdi, K., Tansaz, M., Nazemiyeh, H., Sadeghi Bazargani, H., Fazljou, S. M. B. és Nasimi Doost Azgomi, R. (2018): Herbal Medicine for Oligomenorrhea and Amenorrhea: A Systematic Review of Ancient and Conventional Medicine. *BioMed Research International*, 2018: 3052768. doi: [10.1155/2018/3052768](https://doi.org/10.1155/2018/3052768)

- Molnár, A., Kovács, V. D. és Szász, A. (2017). Az atlétatriász rizikótényezőinek prevalenciája egyetemi hallgatónők körében. *Fókuszban a Sporttudomány és a Testnevelés - Focus on Sports Science and Physical Education*, 4., 96–111. <http://publicatio.bibl.u-szeged.hu/14678/>
- Najafi, N., Khalkhali, H., Moghaddam Tabrizi, F. és Zarrin, R. (2018). Major dietary patterns in relation to menstrual pain: a nested case control study. *BMC Women's Health*, 18., 69. doi: [10.1186/s12905-018-0558-4](https://doi.org/10.1186/s12905-018-0558-4)
- Negi, P., Mishra, A. és Lakhera, P. (2018). Menstrual abnormalities and their association with lifestyle pattern in adolescent girls of Garhwal, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(4), 804–808. doi: [10.4103/jfmpc.jfmpc\\_159\\_17](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_159_17)
- Novitasari, I., Pamungkasari, E. P. és Prasetya, H. (2021). The effectiveness of fish oil and ginger drink in reducing dysmenorrhea: A meta analysis. *Journal of Maternal and Child Health*, 6(3), 353–364. <https://thejmch.com/index.php/thejmch/article/view/602>
- Onieva-Zafra, M. D., Fernández-Martínez, E., Abreu-Sánchez, A., Iglesias-López, M. T., García-Padilla, F. M., Pedregal-González, M. és Parra-Fernández, M. L. (2020). Relationship between Diet, Menstrual Pain and other Menstrual Characteristics among Spanish Students. *Nutrients*, 12(6), 1759. doi: [10.3390/nu12061759](https://doi.org/10.3390/nu12061759)
- Seif, M. W., Diamond, K. és Nickkho-Amiry, M. (2015). Obesity and menstrual disorders. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(4), 516–527. doi: [10.1016/j.bpobgyn.2014.10.010](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.10.010)
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C. és Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931–935. doi: [10.1079/phn2004556](https://doi.org/10.1079/phn2004556)
- Shafiee, M., Heidari, A., Amouzegar, H., Khani, S. és Nojavan, F. (2019). Evaluation of the effect of roasted lentil flour (lentil savigh) as a functional food in menstrual bleeding reduction. *Complementary Therapies in Medicine*, 44., 27–31. doi: [10.1016/j.ctim.2019.03.010](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.03.010)
- Tsamara, G., Raharjo, W. és Putri, E. A. (2020). The relationship between lifestyle with the incidence of primary dysmenorrhea in medical faculty female students of Tanjungpura University. *J Nas Ilmu Kesehat*, 2(3), 130–140. <https://journal.unhas.ac.id/index.php/jnik/article/view/8543>
- Vani, K. R., Veena, K. S., Subitha, L., Kumar, V. R. H. és Bupathy, A. (2013). Menstrual abnormalities in school going girls - are they related to dietary and exercise pattern? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7(11), 2537–2540. doi: [10.7860/JCDR/2013/6464.3603](https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/6464.3603)

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Keleti Ágnes Anna

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Testnevelési és Sporttudományi Intézet, Szeged  
[agneskeleti3@gmail.com](mailto:agneskeleti3@gmail.com)

Szász András

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Testnevelési és Sporttudományi Intézet, Szeged  
[szasz.andras@szte.hu](mailto:szasz.andras@szte.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 28.

Elfogadva: 2025. 03. 13.

Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Keleti Ágnes Anna, Szász András. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## 1. SZ. MELLÉKLET:

### Menstruációs ciklus jellemzők és táplálkozási szokások felmérése

#### Szociodemográfiai kérdések

1. Az Ön életkora? (év)
2. Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége? (8 általánosnál alacsonyabb, 8 általános, középiskola érettségi nélkül, középiskola érettségivel, főiskolai/egyetemi diploma)
3. Családi állapot? (egyedülálló, párkapcsolatban, házas, elvált, özvegy)
4. Az Ön testmagassága? (cm)
5. Az Ön testtömege? (kg)
6. Milyen gyakran sportol, végez fizikai aktivitást? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)

#### Menstruációs ciklussal kapcsolatos kérdések

7. Hány évesen jelentkezett az első menstruációja? (év)
8. Ön menstruál még? (igen, nem)
9. Menstruációja jelentkezik/jelentkezett minden hónapban? (igen, nem)
10. Hány napos (volt) a menstruációs ciklusa? (pl.: 28 nap) (Két menstruáció között eltelt napok száma.)
11. A ciklusa minden hónapban körülbelül ugyanolyan hosszú (volt)? (igen, nem)
12. Ha nem, átlagosan hány napos különbségek vannak/voltak a ciklusok hossza között? (nap)
13. Rendszerint tapasztal/tapasztalt a menstruációt megelőző napokban, héten bármilyen kellemetlen tünetet? (igen, nem)
14. Ha igen, mik (voltak) ezek a tünetek? (hasi görcsök; puffadás; súlygyarapodás; émelygés/hányinger; hőemelkedés; ingerlékenység; érzékenység; hangulatingadozás; pattanások; egyéb)
15. Körülbelül hány napig tart/tartott a vérzése? (kevesebb, mint 2 nap; 2-3 nap; 4-5 nap; 6-7 nap; több, mint 7 nap)
16. Jellemzően milyen erős (volt) a vérzése? (1 = nagyon enyhe; 2 = enyhe; 3 = közepes; 4 = erős; 5 = nagyon erős)
17. A vérzések alatt rendszerint tapasztal/tapasztalt alhasi, deréktáji görcsöket, fájdalmat? (igen, nem)
18. Ha igen, adj meg egy 1-10-ig terjedő skálán a fájdalom intenzitását! (1-3 = enyhe, 4-6 = közepes, 7-10 = erős)
19. Felmenői, rokonai körében mennyire (volt) jellemző bármelyik, említett menstruációs nehézség? Értelmezze egy 1-5-ig terjedő skálán! (1 = egyáltalán nem jellemző; 5 = nagyon jellemző)
20. Ön szed fogamzásgátló tablettát? (Amennyiben már nem menstruál, a ciklusa alatt szedett)? (igen, nem)

### Táplálkozási szokásokkal kapcsolatos kérdések

21. Tart Ön valamilyen diétát, különleges étrendet? (igen, nem)
22. Ha igen, mit?
23. Tart Ön kalóriadeficitet (alacsony kalóriás étrendet)? (igen, nem)
24. Milyen gyakran fogyaszt gyümölcsöt? (naponta többször, naponta egyszer, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, ritkábban)
25. Milyen gyakran fogyaszt zöldséget? (naponta többször, naponta egyszer, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, ritkábban)
26. Milyen gyakran fogyaszt hüvelyes zöldségeket (babfélék, borsófélék, lencse)? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)
27. Milyen gyakran fogyaszt tésztaféléket vagy rizst? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)
28. Milyen gyakran fogyaszt gabonaféléket (pl. kenyérfélék, zsemle, kifli, péksütemények, zabételek, köles)? (naponta többször, naponta egyszer, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, ritkábban)
29. Milyen gyakran fogyaszt tejtermékeket (pl. sajt, joghurt, tej, kefir)? (naponta többször, naponta egyszer, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, ritkábban)
30. Milyen gyakran fogyaszt halféléket? (hetente 3 alkalomnál többször, hetente 2-3-szor, hetente egyszer, ritkábban)
31. Milyen gyakran fogyaszt fehér húsokat (pl. csirke, pulyka)? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)
32. Milyen gyakran fogyaszt vörös húsokat (pl. marha, sertés)? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)
33. Milyen gyakran fogyaszt dióféléket (pl. dió, mandula, mogyoró, pisztácia, kesudió)? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)
34. Milyen gyakran fogyaszt édességeket (pl. cukorkák, sütemények, csokoládé)? (naponta többször, naponta egyszer, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, ritkábban)
35. Milyen gyakran fogyaszt olívaolajat? (naponta, hetente 5-6-szor, hetente 3-4-szer, hetente 1-2-szer, ritkábban)
36. Milyen gyakran fogyaszt gyorsételeket/étkezik gyorsétteremben? (heti 3 alkalomnál többször, hetente 2-3-szor, hetente egyszer, ritkábban)
37. Ön szokott reggelizni? (igen, nem)
38. Ön körülbelül mennyi folyadékot fogyaszt naponta? (több, mint 2 litert, 1,5-2 litert, 1-1,5 litert, 0,5-1 litert, kevesebb, mint fél litert)
39. Fogyaszt Ön alkoholt? (igen, nem)
40. Ha igen, milyen gyakran? (naponta többször, naponta egyszer, hetente 4-6-szor, hetente 2-3-szor, ritkábban)
41. Szed Ön rendszeresen D-vitamint? (igen, nem)
42. Szed Ön rendszeresen kalciumot? (igen, nem)
43. A női felmenőivel, rokonaival mennyire hasonlóak a táplálkozási szokásaik? Értékelje egy 1-5-ig terjedő skálán! (1 = egyáltalán nem hasonlóak; 5 = nagyon hasonlóak)

## MESTERSÉGES INTELLIGENCIA

# Hadd írja meg magát a tartalom!

*Let the Content Write Itself!*

**Szerzők:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.18943](https://doi.org/10.58701/mej.18943)

**Kulcsszavak:** MI; összefoglalás; kivonat

**Keywords:** AI; summary; extract

### Absztrakt

**CÉLKITŰZÉS:** E közlemény elkészítésének célja volt illusztrálni, hogyan használható a mesterséges intelligencia (MI) közleményekből kiemelni a lényegét.

**TELJESÍTÉS:** Az ingyenesen elérhető ChatGPT segítségével rövid, magyar összefoglalót készítettem néhány perc alatt.

**KÖVETKEZTETÉSEK:** A fordítás és kivonatolás egyszerűen megoldható a minden szakember számára elérhető és egyszerűen használható ChatGPT-vel.

### Abstract

**OBJECTIVE:** The purpose of this Communication was to illustrate how Artificial Intelligence (AI) communications can extract the essence.

**ACCOMPLISHMENT:** I used the free ChatGPT to create short summaries in English in a few minutes.

**CONCLUSIONS:** Translation and extraction are easy with ChatGPT, which is available and easy to use for all professionals.

## CÉLKITŰZÉS

Nem ritkán előfordul, hogy egyes érdekesnek látszó közlemények nem tartalmaznak összefoglalókat. Ilyenek például a European Journal of Public Health lapban megjelent, az alkoholfogyasztásra vonat-

kozó népegészségügyi ajánlások kapcsán megfogalmazott vélemények. Ilyen közleményekre alkalmazva céлом volt illusztrálni, hogyan használható egy mesterséges intelligencia (MI) alapú chatbot arra, hogy az ilyen jellegű közleményekből kiemelje a lényegét.

## TELJESÍTÉS

Az absztrakt nélkül megjelent vélemények gyors kivonatolását kértem a ChatGPT (Generative Pre-trained Transformer), az OpenAI mesterséges intelligencia (MI) kutató laboratórium által kifejlesztett chatbot ingyenesen elérhető változatától a következőképpen: „Kérlek, foglald össze magyarul, kb. fél oldalban a következő cikket:”, és megadtam az e cikk végére bemásolt, szabványos hivatkozást. A választ a „Másolás” ikonra kattintva a vágólapra, majd onnan alább másoltam be.

„Kevin Shield és Saverio Stranges „Going too far: why universal recommendations for alcohol abstinence may not be beneficial for public health” című cikkükben arra hívják fel a figyelmet, hogy az alkohol teljes elhagyására vonatkozó általános ajánlások nem feltétlenül szolgálják a népegészségügy érdekeit. Bár az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és más szervezetek hangsúlyozzák, hogy nincs biztonságos alkoholfogyasztási szint, a szerzők szerint az ilyen abszolút üzenetek figyelmen kívül hagyják az egyéni különbségeket és a mérsékelt fogyasztás esetleges előnyeit.

A szerzők kiemelik, hogy a mérsékelt alkoholfogyasztás – például napi egy ital – bizonyos esetekben összefügghet alacsonyabb kockázattal bizonyos betegségek, például a szívkoszorúér-betegség esetében. Ugyanakkor rámutatnak arra, hogy az alkoholfogyasztás hatásait vizsgáló kutatások gyakran nem veszik figyelembe az olyan zavaró tényezőket, mint az életmód, a társadalmi-gazdasági helyzet vagy a pszichoszociális tényezők, amelyek befolyásolhatják az eredményeket.

A cikk hangsúlyozza, hogy az alkohol teljes elhagyására ösztönző üzenetek kontra-produktívak lehetnek, mivel alááshatják a népegészségügyi tanácsok hitelességét,

különösen azok körében, akik mérsékeltén fogyasztanak alkoholt és nem tapasztalnak egészségügyi problémákat. A szerzők szerint a népegészségügyi irányelveknek inkább a káros fogyasztási szokások – például a mértéktelen ivás – csökkentésére kellene összpontosítaniuk, és figyelembe kellene venniük az egyéni kockázatokat és körülményeket.

Összességében Shield és Stranges arra ösztönözik, hogy a népegészségügyi ajánlások kiegyensúlyozottabbak és személyre szabottabbak legyenek, elismerve, hogy az alkohol hatása az egészségre komplex és egyénenként változó. Az általános absztinencia ajánlása helyett a hangsúlyt a káros fogyasztási minták csökkentésére és az egyéni kockázatok figyelembevételére kellene helyezni.”

A folyóiratban azonban megjelent egy másik, az előzőtől eltérő vélemény is, ami a tisztánlátáshoz szükségesnek gondoltam. Ennek kivonatolására, a következő utasítást adtam a ChatGPT-nek: „Kérlek, ezt is:”, és megadtam a másik hivatkozást is. A válasz bemásoltam alább.

„Sven Andreasson „Drinking guidelines: balancing between science and popular opinion” című cikkében arra hívja fel a figyelmet, hogy az alkoholfogyasztásra vonatkozó irányelvek kialakításakor gyakran nehéz egyensúlyt találni a tudományos bizonyítékok és a közvélemény elvárásai között. Míg a legfrissebb kutatások szerint nincs olyan alkoholfogyasztási szint, amely az egészségre nézve teljesen biztonságos lenne, addig a közvélemény gyakran elfogadja vagy akár támogatja a mérsékelt alkoholfogyasztást.

Andreasson kiemeli, hogy a népegészségügyi ajánlásoknak a legfrissebb tudományos eredményeken kell alapulniuk, még akkor is, ha ezek ellentmondanak a társadalmi normáknak vagy a kulturális szokás-



soknak. Például a Nordic Nutrition Recommendations 2023 egyértelműen kimondja, hogy nincs biztonságos alsó határa az alkoholfogyasztásnak, és különösen gyermekek, serdülők és terhes nők számára javasolt a teljes absztinencia.

A szerző hangsúlyozza, hogy a népegészségügyi irányelveknek nemcsak a tudományos bizonyítékokat kell figyelembe venniük, hanem a társadalmi és kulturális kontextust is. Az alkoholfogyasztásra vonatkozó ajánlásoknak világosaknak és következeteseknek kell lenniük, ugyanakkor figyelembe kell venniük a közvélemény érzékenységét és a kulturális különbségeket is.

Összefoglalva, Andreasson cikke arra ösztönöz, hogy az alkoholfogyasztásra vonatkozó irányelvek kialakításakor a tudományos bizonyítékok és a közvélemény közötti egyensúly megtalálása kulcsfontosságú a hatékony népegészségügyi kommunikáció és politika kialakításához.”

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az összefoglalók elkészítése egyenként nem tartott egy percig sem, és könnyen összevethető véleményekhez jutottam. A fordítás és kivonatolás gyors megoldása minden szakember számára ingyen is elérhető, és annak egyszerű kezelésével megkönnyítheti a mindennapi munkát.

## HIVATKOZÁSOK

Shield, K. & Stranges, S. (2025) Going too far: why universal recommendations for alcohol abstinence may not be beneficial for public health. *European Journal of Public Health*, 35(2):199–200. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae192>

Andreasson, S. (2025) Drinking guidelines: balancing between science and popular opinion, *European Journal of Public Health*, 35(2):200. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae194>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Vitrai József  
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;  
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 05. 01.  
Elfogadva: 2025. 05. 06.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

## MESTERSÉGES INTELLIGENCIA

# Okos MI? Csak akkor, ha mi is azok vagyunk

*Smart AI? Only If We Are Too*

**Szerzők:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.19118](https://doi.org/10.58701/mej.19118)

**Kulcsszavak:** MI; javaslatok; grafika

**Keywords:** MI; suggestions; graphics

### Absztrakt

**CÉLKITŰZÉS:** E közlemény elkészítésének célja volt illusztrálni, mennyire bízhatunk a mesterséges intelligencia (MI) tanácsaiban, javaslataiban.

**TELJESÍTÉS:** Az ingyenesen elérhető ChatGPT-t megkértem, tegyen javaslatot az alkoholfogyasztásra vonatkozó ajánlásra, illetve az azt támogató grafikára. Mind az MI generált ajánlás, mind a grafika esetében komoly kritikával kellett reagálni.

**KÖVETKEZTETÉSEK:** Feltétlenül kritikusan kell fogadni az MI javaslatait. Párbeszéddel ugyanakkor kívánságunk szerint kijavítja azokat.

### Abstract

**OBJECTIVE:** The purpose of this communication was to illustrate the extent to which we can rely on the advice and suggestions of artificial intelligence (AI).

**ACCOMPLISHMENT:** Both the AI-generated recommendation and the graphics were subject to serious criticism.

**CONCLUSIONS:** But with dialogue, we can let the AI fix that.

## CÉLKITŰZÉS

Miután a ChatGPT-vel készítettem összefoglalókat két, az alkoholfogyasztással kapcsolatos népegészségügyi ajánlásokra vonatkozó véleményről ([Hadd írja meg magát a tartalom!](#)), kíváncsi lettem, hogy az AI a vélemények alapján milyen ajánlást fogalmazna meg a magyar lakosság számára.

## TELJESÍTÉS

Megnyitottam a ChatGPT-vel folytatott korábbi beszélgetések közül azt, amiben összefoglalót kértem két, az alkoholfogyasztással kapcsolatos népegészségügyi ajánlásokra vonatkozó véleményről. Majd az alábbi párbeszédet folytattam vele.

Én: A két cikk alapján javasolj, kérlek, egy egymondatos alkoholfogyasztásra vonatkozó ajánlást a magyar lakosság számára!

ChatGPT: „Az alkoholfogyasztás egészségügyi kockázataira tekintettel javasoljuk, hogy a magyar lakosság kerülje a mértéktelen ivást, és ha fogyaszt alkoholt, azt mértékkel és tudatosan tegye, figyelembe véve saját egészségi állapotát és életkörülményeit.” Szeretnéd, hogy ez az ajánlás inkább szakmai, közérthető vagy kampányszlogenszerű legyen?

Én: Kampányszerűt kérek, de jobban kihangsúlyozva az alkohol egészségkockázatait.

ChatGPT: „Nincs biztonságos alkoholszint – minden pohár számít az egészségedben!” Ez a kampányszerű ajánlás rövid, figyelemfelkeltő, és egyértelműen hangsúlyozza az alkohol egészségkockázatait. Szeretnél alternatív változatokat is?

Én: Igen

ChatGPT: Íme néhány alternatív kampányszerű ajánlás, amelyek az alkohol egészségkockázatait különböző hangnemben emelik ki:

1. „Az alkohol csendben rombol – a legbiztonságosabb döntés: a nem!”
2. „Egészséged nem játék – az alkohol minden korttyal kockázatot!”
3. „Nincs kis kockázat, csak kis pohár – gondold újra az italt!”
4. „Az alkohol nem gyógyír – a tested máshogy emlékszik rá!”
5. „Egy pohár is számít – az egészséged a tét!”

Ha szeretnéd, ezekből grafikával, szlogen-nel vagy célcsoport-hoz igazítva is készíthetek ajánlást. Kinek szóljon leginkább a kampány?

Én: Alacsonyabb iskolai végzettségűeket céloznék, és kérek egy grafikát is.

ChatGPT:



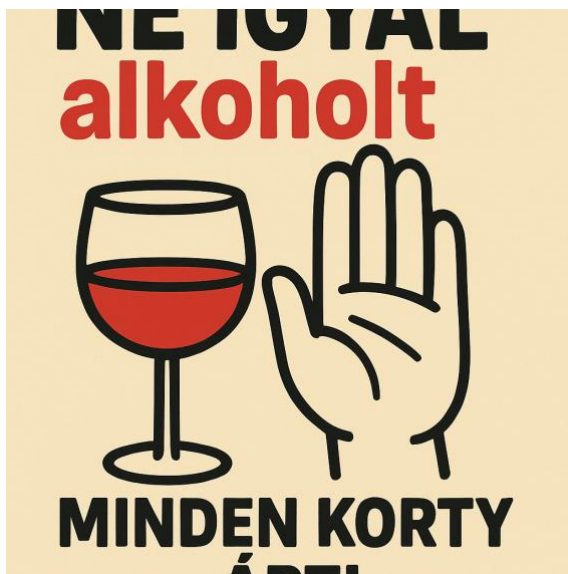
Én: Nekem nem egyértelmű: most igyon, vagy ne igyon?

ChatGPT: Teljesen jogos a kérdésed – a plakát sajnos félreérthető, mert a szöveg két része ("Az alkohol károsít! Igyál!" és "Ne igyál!") vizuálisan szétválik, és az első része tévesen úgy hat, mintha az ivást támogatná. Ez súlyos hiba egy kampány-üzenetben. Kijavítom: készítek egy új plakátot, amely egyértelműen, határozottan és következetesen azt üzeni: „Ne igyál alkoholt – minden korty árt!”

Szeretnél inkább egy figyelmeztető, komoly stílusú vagy egy egyszerű, közvetlen rajzos stílusú változatot?

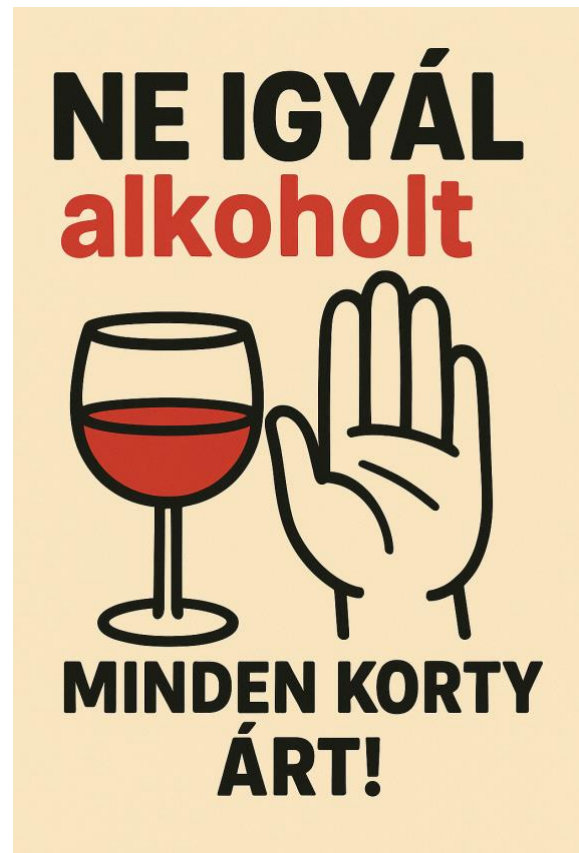
Én: Inkább egyszerű, közvetlen stílusút.

ChatGPT:



Én: De az ábrán a szöveg fele alul és felül hiányzik, rosszul olvasható. Kérlek, javítsd!

ChatGPT: Javítottam a plakátot – most már a szöveg teljes és jól olvasható.



#### KÖVETKEZTETÉSEK

A beszélgetésből egyértelműen kiderül, hogy alapos ellenőrzésre van szükség, ha az MI-t kérjük, javasoljon ajánlást, kampányszöveget, vagy akár grafikát. Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy képes kijavítani javaslatait kívánságainknak megfelelően. Megjegyzendő, hogy ezek a nagyon (vagy inkább, túl) egyszerű ábrák készítése is percekig tartott, de talán hasznos ötletet ad igényesebb illusztrációk elkészítéséhez.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Vitrai József  
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;  
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 05. 06.  
Elfogadva: 2025. 05. 07.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZÍÓK

# Cikkismertetés: Társadalmi kapcsolatok és halandóság összefüggései

*Article review: Social connections and mortality*

**Ismertető:** [Devosa Iván](#)

**Doi:** [10.58701/mej.18238](https://doi.org/10.58701/mej.18238)

**Ismertetett cikk:** Foster, H. M. E., Gill, J. M. R., Mair, F. S. et al. (2023). Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. *BMC Med* 21, 384. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03055-7>

**Kulcsszavak:** népegészségügy; társadalmi kapcsolat; társadalmi elszigeteltség; magány; az egészség társadalmi meghatározói

**Keywords:** public health; social connection; social isolation; loneliness; social determinants of health

## ELŐZMÉNYEK

A társas kapcsolatok különböző elemei összefüggésbe hozhatók a halálozással, azonban kevés kutatás vizsgálta ezek önálló és együttes hatásait egyetlen adatbázisban. Ez a tanulmány célul tűzte ki a társas kapcsolatok funkcionális és strukturális elemei közötti önálló és együttes összefüggések feltárását a halálozással kapcsolatban.

## MÓDSZERTAN

A kutatás a UK Biobank kohorsz 458 146 résztvevőjének adatait elemezte, amelyeket halálozási nyilvántartásokkal kapcsoltak össze. A társas kapcsolatokat két funkcionális (bizalmas beszélgetések gyakorisága és a gyakori magányérzet), valamint három strukturális (barátok/család látogatásainak gyakorisága, heti csoportos tevékenységek és egyedül élés) komponens alapján mérték. Az összefüggéseket Cox arányos veszélymodellekkel vizsgálták az összes okból bekövetkező halálozás és a

szív- és érrendszeri betegségek (CVD) miatti halálozás esetében.

## EREDMÉNYEK

Az átlagosan 12,6 éves (IQR 11,9–13,3) követési idő alatt 33 135 (7,2%) résztvevő hunyt el, ebből 5 112-en (1,1%) CVD miatt. Az összes társas kapcsolatot mérő tényező önállóan összefüggést mutatott mind az összes okból bekövetkező halálozással, mind a CVD miatti halálozással. A barátok/család látogatásainak gyakorisága havi egy alkalomnál kevesebb esetben nagyobb halálozási kockázattal járt, ami küszöbértékhatásra utal. Interakciókat figyeltek meg az egyedül élés és a barátok/család látogatásai, valamint az egyedül élés és a heti csoportos tevékenységek között. Például a napi látogatásokkal, de egyedül élők esetében nagyobb halálozási kockázatot figyeltek meg, mint azoknál, akiket naponta látogattak, de nem éltek egyedül. A legnagyobb halálozási kockázatot azoknál találták, akiket soha nem látogattak meg és



egyedül éltek, függetlenül attól, hogy más társas kapcsolati tényezők jelen voltak-e.

Amikor az összes mérőszámot funkcionális és strukturális elemekként kombinálták, interakciót találtak a két típus között. Azoknál, akik mindkét elem alapján izoláltaknak minősültek, nagyobb CVD-halálozási kockázatot tapasztaltak, mint ha csak az egyik elem alapján lettek volna izoláltak (funkcionális izoláció; strukturális izoláció).

## KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány eredményei szerint: (1) a barátok és család látogatásai esetében küszöbértékhatás figyelhető meg, (2) az egyedül élő és további strukturális izolációs tényezőkkel rendelkező személyek nagy kockázatú csoportot képviselnek, (3) bizonyos típusú társas kapcsolatok kedvező hatásai csökkenhetnek vagy hiányozhatnak, ha más típusú kapcsolatok nincsenek jelen, és (4) a társas kapcsolatok funkcionális és strukturális elemeinek együttes figyelembevétele segíthet azonosítani a leginkább izolált embereket a társadalomban.

## AJÁNLÁS

A társas kapcsolatok hiánya és a társadalmi izoláció jelentős egészségügyi kockázatot jelent hazánkban is, amely növeli mind az általános, mind a szív- és érrendszeri halálozás valószínűségét. A kutatás eredményei alapján az alábbiakat érdemes megfontolni a magyar szakembereknek a társadalmi izoláció kezelésére és a társas kapcsolatok erősítésére. Szerencsére ebből már jó néhányra találhatunk működő példát.

- Szociális programok támogatása és kiterjesztése: támogassák a közösségi eseményeket, csoportos tevékenységeket és helyi programokat, amelyek elősegítik a társas kapcsolatok kialakulását és fenntartását, különösen az idősebb korosztály és az egyedül élők számára.
- Barátok és család szerepének hangsúlyozása: közösségi kampányokkal hívják fel a figyelmet a barátokkal és családtagokkal való rendszeres találkozások fontosságára, különösen az idősek és a magányos emberek körében.
- Mentális egészség támogatása: biztosítsanak könnyen hozzáférhető mentális egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek segítenek a magány érzésének kezelésében, és támogatják a társadalmi kapcsolatok helyreállítását.
- Társadalmi izoláció megelőzése egyedül élők körében: hozzanak létre speciális programokat az egyedül élők számára, amelyek célzottan kezelik az elszigeteltség kockázatát, például szomszédsági látogatások, mentorrendszerek vagy közösségi önkéntes hálózatok segítségével.
- Interakciós pontok létrehozása a közösségi terekben: fejlesszék a közösségi infrastruktúrát, például parkokat, közösségi központokat és egyéb találkozási helyeket, amelyek ösztönzik az embereket a társas érintkezésre.
- Társadalmi izolációval kapcsolatos oktatás: oktatási programokkal növeljék a lakosság és az egészségügyi szakemberek tudatosságát a társas kapcsolatok egészségre gyakorolt hatásairól, valamint a társadalmi izoláció kockázatairól.
- Együttműködés helyi és országos szinten: az önkormányzatok, civil szervezetek és egészségügyi szolgáltatók együttműködésével indítsanak programokat, amelyek célja a társadalmi izoláció csökkentése.



- Társas kapcsolatok mérésének integrálása az egészségügyi ellátásba: az egészségügyi szűrővizsgálatok és konzultációk során rendszeresen mérjék fel a társas kapcsolatok állapotát, és szükség esetén nyújtsanak támogatást a kapcsolatok megerősítésére.
- Célzott támogatás a magas kockázatú csoportoknak: kiemelt figyelmet fordítsanak a leginkább veszélyeztetett csoportokra, például az idős, egyedül élő vagy társadalmilag elszigetelt emberekre, akiket külön programokkal és kezdeményezésekkel lehetne támogatni.
- További kutatások támogatása: finanszírozzák és támogassák a társadalmi izoláció és a társas kapcsolatok egészségügyi hatásaival kapcsolatos további kutatásokat, hogy jobban megértsék az okokat és hatékonyabb beavatkozásokat dolgozhassanak ki.

## HIVATKOZÁSOK

Foster, H. M. E., Gill, J. M. R., Mair, F. S. et al. (2023). Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. *BMC Med* 21, 384. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03055-7>

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván  
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest  
[ivan@devosa.hu](mailto:ivan@devosa.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 15.  
Elfogadva: 2025. 04. 18.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

## Cikkismertetés: Az egészség egyenlőtlenségek társadalmi háttere a szlovákiai roma populációban

*Article review: The social backgrounds of health inequalities in the Slovak Roma population*

**Ismertető:** [Kerekes-Jónás Tímea](#)

**Doi:** [10.58701/mej.18212](https://doi.org/10.58701/mej.18212)

**Ismertetett cikk:** Belak, A., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2024). Social mechanisms behind the poor health of marginalized Roma: Novel insights and implications from four ethnographic studies in Slovakia. *Social Science & Medicine*, 360, 117322. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117322>

**Kulcsszavak:** marginalizált romák; etnikai egészség egyenlőtlenségek; az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők; rasszizmus; egészségügy; Szlovákia

**Keywords:** *marginalized Roma; ethnic health inequalities; social determinants of health; racism; healthcare; Slovakia*

Az ismertetett cikk az egészség egyenlőtlenségeket és a romák egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek akadályait vizsgálja, különösen a szegregált roma közösségekben. A cikk három fő részre tagolódik. Az első részben a kutatás célját és elméleti hátterét mutatják be a szerzők. A második részben részletezik a négy szlovákiai roma közösségben végzett etnográfiai kutatásokat. A harmadik rész a kutatás eredményeit és azok tudományos jelentőségét tárgyalja.

A szerzők nem először foglalkoznak a romák helyzetével. A három szerző jelentős kutatásokat végzett a társadalmi egyenlőtlenségek és a népegészségügyi problémák összefüggéséről, a szociális környezet és a társadalmi marginalizáció egészségre gyakorolt hatásairól. Andrej Belaka a Szlovák Tudományos Akadémia Etnológiai és Szociálintropológiai Intézetének kutatója. Kiemelt érdeklődése a hátrányos helyzetben élő közösségek,

különösen a roma közösségek élethelyzete és kultúrája. Jitse P. van Dijk a Groningeni Egyetem Közösségi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszékén dolgozik. Munkája kiterjedt a roma közösségek egészségi problémáinak és azok társadalmi meghatározottságának vizsgálatára is. Sijmen A. Reijneveld a Groningeni Egyetemi Orvosi Központja és a P.J. Safarik Egyetem kutatója, ahol az egészségügy, a népegészségügy és a társadalmi tényezők összefüggéseit kutatja.

A cikk központi témája a marginalizált roma közösségek egészségi állapotát meghatározó társadalmi, gazdasági és politikai komplex mechanizmusok vizsgálata. A téma kiemelkedő jelentőséggel bír, mivel a roma közösségek sok helyen súlyos, az egészségi állapotukat is negatívan befolyásoló társadalmi problémákkal küzdenek. A kutatássorozat 2004-ben kezdődött, és négy longitudinális vizsgálatból áll, amelyek összesen tizenegy évet

foglalnak össze. A cikk jelentőségét növeli továbbá az is, hogy a kutatás korábbi eredményeit több publikációban tették közzé (Belak et al., 2017 a, b, 2018, 2019 a, b, 2020), így maga a cikk is egy összefoglalóját adja az ezekből született kutatási eredményeknek.

A marginalizált romák egészségi állapotával, az ezt befolyásoló társadalmi egyenlőtlenségekkel számos hazai és nemzetközi kutatás is foglalkozik (European Union Agency for Fundamental Rights [FRA], 2022). A kutatások általában az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, a szegénységet és a diszkriminációt vizsgálják. Az ilyen típusú kutatások legtöbbször kvantitatív módszerekkel dolgoznak, és a roma közösségekkel kapcsolatos általános helyzetet elemzik.

A korábbi kutatások a romák hátrányos egészségi helyzetét a „kulturális eltérésekre” vezették vissza. A kultúra különbségeit hangsúlyozó megközelítésre például a korábbi kutatók közül Pierre Bourdieu is utalt, aki a társadalmi különbségeket kulturális normákra és habitusra alapozta. Kolarcik et al. (2009) és a magyar helyzetet elemző Voko et al. (2009) arra hívták fel a figyelmet, hogy az egészségügyenlőtlenségek magyarázatában figyelembe kell venni a romák „kulturális tényezőit”. Saethre (2020) és Stojanovski et al. (2017) is arra jutottak, hogy a romák egészségi helyzete és a nem romákhoz viszonyított különbségek kulturálisan meghatározottak, és a társadalmi identitásnak jelentős hatása van az egészségre. Az ő nézeteik szerint a romák saját kulturális hagyományaik, preferenciáik és értékrendjük miatt eltérően kezelhetik egészségi állapotukat, amit az egészségügyenlőtlenségek egyik magyarázataként értelmeztek. A jelen recenzióban ismertetett cikk jelentőségét éppen az adja, hogy a kvantitatív eszközökkel nehezen megközelíthető „kulturális

eltérést” konkretizálja hatásmechanizmusával együtt, kvalitatív eszközökkel, egy több, mint egy évtizedes longitudinális vizsgálat útján.

Az ismertetett kutatás elméleti kiindulópontja az, hogy az egyének egészségi állapota szoros összefüggésben áll a társadalmi helyzetükkel: a szegénység, az alacsony színvonalú oktatás és a diszkrimináció együttesen súlyosbítják a roma közösségek egészséggel kapcsolatos problémáit. Az elméleti háttér erőteljesen épít a társadalmi igazságosság és a szociális integráció értékeinek fontosságára. A roma közösség egészségi állapota és a társadalmi mechanizmusok közötti kapcsolatokat vizsgálják, különös figyelmet fordítva a szegregált romák helyzetére Szlovákiában.

A kutatás elméleti alapját, Pierre Bourdieu (2000) strukturális-konstruktivista elmélete adja, amely összhangban áll a WHO társadalmi-epidemiológiai megközelítésével. Eszerint az egészségügyenlőtlenségeket nemcsak az egyéni és kollektív gyakorlatok, hanem a társadalmi tőke, a társadalmi kohézió és a kultúra szerepe is befolyásolja. A kutatás fókuszában a szegregált roma közösségek és az egészségügyi rendszerek közötti kölcsönhatások állnak, és azokat a társadalmi mechanizmusokat vizsgálják, amelyek fenntartják és erősítik az egészségügyenlőtlenségeket. A kutatás etnográfiai megközelítést alkalmazva próbál választ adni arra, hogy milyen társadalmi mechanizmusok befolyásolják a vizsgált négy szlovákiai roma közösség egészségi állapotát. A kutatási célokat három fő kérdés köré építették: az egészséget veszélyeztető helyzetek, a romák egészségi állapotának javítására tett erőfeszítések, és a szegregált romák egészségügyi szolgáltatásait befolyásoló tényezők. A kutatási kérdések megválaszolásához helyi interjúkat készítettek,

terepmunkát és közvetlen megfigyeléseket végeztek, amik lehetővé tették számukra a roma közösségek mindennapi életének és szubjektív tapasztalatainak mélyebb megértését.

A kutatás eredményeit tekintve három fő ok-okozati utat azonosít, amelyek hozzájárulnak az egészségegyenlőtlenségekhez a romák és a nem romák között.

A romák etnikai identitásához való alkalmazkodás gyakran ellenkulturális választ generál a nem roma normákra, és így befolyásolja az egészséggel kapcsolatos gyakorlatokat. Az ellenkultúra egyik példjaként a roma közösségekben kialakult társadalmi alkalmazkodást említik, amely válaszként jelentkezik a környező társadalom rasszizmusára és diszkriminációjára. A szegregált enklávékban sok roma alkalmazkodott a romaellenes elképzelésekhez, és ezeket a külső normákat saját etnikailag keretezett ideológiákba építették be. A roma közösségek ennek következtében olyan kulturális mechanizmusokat alakítanak ki, amelyek lehetővé teszik számukra, hogy megvédjék magukat a társadalmi elnyomástól és a cigányellenesség hatásaitól. Ez az ellenkultúra egyfajta identitásformáló válasz, amely segít a romáknak megtartani kulturális önállóságukat, miközben közvetlenül hozzájárul a társadalom elutasításához és marginalizálódásukhoz.

1. A rasszista elképzelések, amelyek a romákat kívülállóként és alacsonyabb státuszúként tekintették, egészségügyi szempontból is negatív következményekkel jártak: egyes romák esetében csökkent az érdeklődésük az orvosi kezeléseket iránt, mivel úgy érezték, hogy azok „túl nem romásak”, vagyis nem illeszkednek etnikai identitásukhoz.

2. A romák gyakran elkerülik az egészségügyi szolgáltatásokat, különösen ott, ahol előítéleteket vagy barátságtalan környezetet tapasztalnak. A szolgáltatásoktól való távolmaradásukban a társadalmi kirekesztés és az etnikai sztereotípiák is szerepet játszanak.
3. A cigányellenesség szoros kapcsolatban áll a romák elnyomásával, és hozzájárul ahhoz, hogy a romák nem tudják hatékonyan használni az egészségügyi szolgáltatásokat, amelyeket diszkriminatív és rossz gyakorlatok jellemeznek.

Összefoglalva: A tanulmány rámutat arra, hogy a roma közösségek egészségi állapotát nem csupán biológiai, hanem társadalmi és politikai tényezők is jelentősen befolyásolják. A kulturális különbségek és a kirekesztettség hatására a romák közül sokan elutasítóan vélekednek az egészségügyi szolgáltatásokkal szemben. A szerzők etnográfiai kutatása betekintést nyújt abba, hogyan lehet a roma közösségek saját nézőpontjait figyelembe venni a népegészségügyi beavatkozások tervezésekor.

A cikk társadalmi jelentősége abban rejlik, hogy felhívja a figyelmet a roma közösségek egészségi és szociális problémáira, és segít tudatosítani, hogy a társadalmi és gazdasági kirekesztettség közvetlen hatással van az egészségre. A kutatás hozzájárul a társadalmi és egészségegyenlőtlenségek megértéséhez, és rávilágít arra, hogy a szegregált romák egészségi állapota hogyan függ össze a szélesebb társadalmi struktúrákkal, valamint, hogy milyen tényezők akadályozzák az egészségügyi beavatkozások hatékonyságát. Ezzel hozzájárulhat az egészségügyi ellátórendszerek és szociális politikák reformjához, s ezek során a roma közös-

ségek sajátos helyzetének figyelembevételéhez. Mivel a romák egészségét és szociális helyzetét érintő hátrányok hazánkban is hangsúlyosan jelen vannak (PTE BTK, 2020), a hazai szakemberek számára is jelentőséggel bírnak a cikk eredményei.

## AJÁNLÁS

A tanulmány eredményei relevánsak lehetnek a magyarországi roma közösségeket célzó egészségügyi programokban, különösen a bizalomépítés és az egészségügyi dolgozók érzékenyítése terén. A kutatás ösztönözheti a közösségi alapú megközelítések elterjedését, és hozzájárulhat az egészségesegyenlőtlenségek csökkentéséhez.

## HIVATKOZÁSOK

- Belak, A., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2024). Social mechanisms behind the poor health of marginalized Roma: Novel insights and implications from four ethnographic studies in Slovakia. *Social Science & Medicine*, 360, 117322. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117322>
- Bourdieu, P. (2000). A társadalmi egyenlőtlenségek újratermelődése. Gondolat Kiadó.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2022). Roma survey 2021 – Main results. [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2022-roma-survey-2021-main-results2\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2022-roma-survey-2021-main-results2_en.pdf)
- Kolarčík, P., Gecková, A. M., Reijneveld, S. A., van Dijk, J. P., & van den Heuvel, W. (2009). The mediating effect of social support on the relationship between socioeconomic status and health in a Roma population. *International Journal of Public Health*, 54(5), 285–291.
- Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar (PTE BTK). (2020). Roma közösségek egészségi állapota és társadalmi kirekesztettsége Magyarországon. [Belső jelentés].
- Saethre, E. (2020). 'No one is afraid of the flu': Negotiating cultural and biomedical understandings of influenza among Australian Aboriginal people. *Medical Anthropology*, 39(1), 23–36.
- Stojanovski, K., Jurukovska, J., & Ristovska, M. (2017). Social exclusion and health among Roma in Macedonia: The role of cultural and structural factors. *European Journal of Public Health*, 27(suppl\_3), 153–158.
- Voko, Z., Csépe, P., Németh, R., Kósa, K., Kósa, Z., Széles, G., & Ádány, R. (2009). Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(6), 455–460.

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Kerekes-Jónás Tímea  
ELTE Szociológia Doktori Iskola, Budapest  
[janastimi@gmail.com](mailto:janastimi@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 20.  
Elfogadva: 2025. 05. 01.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Kerekes-Jónás Tímea. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZÍÓK

## Cikkismertetés: Milyen kompetenciákat tart fontosnak a népegészségügyi szakemberek következő generációja?

*Article review: What competencies does the next generation of public health professionals consider important?*

**Ismertető:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.18636](https://doi.org/10.58701/mej.18636)

**Ismertetett cikk:** Brînzac, M. G., Verschuuren, M., Leighton, L., & Otok, R. (2025). Public health competencies: what does the next generation of professionals deem important?. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement\_2), ii11–ii16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae201>

**Kulcsszavak:** népegészségügy; kompetenciák; Európa

**Keywords:** *public health; competences; Europe*

Számos összetett társadalmi kihívás megfelelő kezeléséhez a népegészségügyi munkaerőnek új kompetenciákat kell elsajátítania. Különösen érdekes tudni, hogy a fiatalok mit tartanak fontosnak ebben a tekintetben, mivel ők képviselik a népegészségügyi szakemberek jövő generációját. Az európai népegészségügyi hallgatókat és pályakezdő szakembereket egy online kérdőív segítségével megkérdezték arról, hogy a 2020-as WHO-ASPHER által meghatározott kompetenciák (WHO-ASPHER, 2020) közül melyeket tartják a legfontosabbnak jövőbeli karrierjük szempontjából, és mennyire érzik magukat felkészültnek arra, hogy ezeket a kompetenciákat a gyakorlatban is alkalmazzák. [1. ábra]

Összesen 127 válaszadót vontak be 25 országból. A válaszadók az Egészségfejlesztést, a Tudományt és gyakorlatot, valamint a Vezetői képességeket és a

Rendszerszemléletet jelölték meg a jövőbeli karrierjük szempontjából legfontosabb kompetenciának. A válaszadók elsősorban az első két kompetenciaterületen érezték magukat a leginkább felkészültnek. Ezzel szemben a Vezetői képességek és a Rendszerszemlélet esetében alacsonyabb szintű tudásról vagy jártasságról számoltak be. Hasonló megítélés alá estek a következő kompetenciák is: Jog, Szakpolitika és Etika, Irányítás és Erőforrás-gazdálkodás, valamint az Egy az egészség és Egészségbiztonság.

Ez a tanulmány azt mutatja, hogy nincs összhang a fiatal szakemberek által legfontosabbnak tartott és a legjobban felkészültnek érzett kompetenciák között. A megkérdezettek nem érezték magukat jól felkészültnek több olyan kompetenciában, amelyek létfontosságúak a jövő népegészségügyi munkaereje számára. Az európai népegészségügy számára előnyös

lenne egy egységes népegészségügyi tanterv, amely magában foglalja a kötelező kompetenciák listáját, valamint hasznos

lenne a felsőoktatás és a hallgatók, a fiatal szakemberek és a népegészségügyi ágazat közötti szorosabb együttműködés.

1. ábra: A WHO és az ASPHER népegészségügyi szakemberek számára meghatározott kompetenciák (Forrás: ismertetett cikk)



## AJÁNLÁS

A népegészségügyi szakemberek képzettsége kulcsfontosságú munkájuk eredményessége szempontjából. A magyar népegészségügyi szakembereket képzők és továbbképzők számára igen tanulságosak

lehetnek az ismertetett cikkben leírtak az általuk oktatott témák, illetve az oktatottak szempontjából. A tudományok szakadatlan fejlődése, valamint a XXI. század új kihívásai mind a terepen dolgozó népegészségügyi szakemberek, mind pedig az őket képzők alkalmazkodását követelik meg.



## HIVATKOZÁSOK

Brînzac, M. G., Verschuuren, M., Leighton, L., & Otok, R. (2025). Public health competencies: what does the next generation of professionals deem important?. *European journal of public health*, 35(Supplement\_2), ii11–ii16. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae201>

World Health Organization Regional Office for Europe. WHO-ASPHER competency framework for the public health workforce in the European Region [Internet]; 2020. <https://iris.who.int/handle/10665/347866>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József  
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;  
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 02.

Elfogadva: 2025. 05. 05.

Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

**RECENZÍÓK**

## Cikkismertetés: Nemzeti népegészségügyi stratégiák – áttekintés

*Article review: Public health strategy – a review*

**Ismertető:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.18781](https://doi.org/10.58701/mej.18781)

**Ismertetett cikk:** Norris M, Burke E, Comaskey F, Connolly MA, Doyle Y, McLoughlin C, McManus L, Power V, Spillane S, Ryan M and O'Neill M (2025) A review of national public health strategies in selected countries. *Front. Public Health* 13:1391795. doi: 10.3389/fpubh.2025.1391795

**Kulcsszavak:** népegészségügy; stratégia; részvételiség; alkalmazkodóképesség; interszektorális együttműködés; tudásalapúság

**Keywords:** public health; strategy; partnership; adaptivity; intersectoral cooperation; knowledge based

### BEVEZETÉS

A nemzeti népegészségügyi stratégiák átfogó, komplex dokumentumok, amelyek egy ország lakosságának egészségi állapotát és jóllétét hivatottak előmozdítani. A WHO meghatározása szerint (WHO, 2023) ezek a stratégiák kulcsfontosságú szerepet játszanak egy ország jövőképeinek, politikai irányvonalainak és cselekvési prioritásainak meghatározásában. Céljuk nem csupán a betegségek megelőzése vagy kezelése, hanem a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése, az egészséges életmód elősegítése és a fenyegető népegészségügyi kihívásokra való reagálás.

A tanulmány tíz ország (Anglia, Ausztrália, Ausztria, Észak-Írország, Finnország, Kanada, Spanyolország, Portugália, Skócia, Svédország) nemzeti népegészségügyi stratégiáit hasonlította össze. A cél nem csupán az egyes országok gyakorlatainak dokumentálása volt, hanem a jó gyakorlatok, közös kihívások és potenciális irányelvek azonosítása is, amelyek más

országok jövőbeli stratégiáinak kialakításához nyújthatnak alapot. Alábbiakban az ismertetett cikk Megbeszélés és Gyakorlati javaslatok részének vázlatos összefoglalása következik.

### LEGFONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSOK

#### A célkitűzések és témák közös vonásai

Minden vizsgált stratégia közös célja a lakosság egészségének és jóllétének előmozdítása volt az ENSZ Fenntartható Fejlődési Céljaival (Sustainable Development Goals; SDG), különösen az "Egészség és jóllét" prioritással összhangban. [1. ábra] Ezt többféle stratégiai eszközzel kívánták elérni, például:

- az egészséges életmód előmozdításával,
- a népegészségügyi rendszer megerősítésével,
- a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésével,

- a környezetvédelmi és klímaváltozási tényezők kezelésével,
- a mentális egészség támogatásával,
- a lakosság aktív bevonásával a döntéshozatalba és stratégiaalkotásba.

Érdekesség, hogy bár a betegségek megelőzése implicit módon minden stratégiában szerepelt, a prevenciót csak egy ország, Kanada emelte ki, mint önálló stratégiai prioritást.

1. ábra: A népegészségügyi stratégiák főbb elemei (Forrás: saját szerkesztés)



### Hatásmérés

Az egyik legnagyobb kihívást a stratégiák hatékonyságának értékelése jelentette. A legtöbb ország valamilyen mértékben alkalmazott elsődleges teljesítménymutatókat (ETM; *key performance indicators*) a stratégiai célok és beavatkozások hatásának mérésére. Az ETM-k között például az alábbiak szerepeltek:

- születéskor várható élettartam,
- egészségben eltöltött életévek száma,

- anyai halálozási ráta,
- szubjektív egészségi állapot.

Ugyanakkor ezek az indikátorok gyakran aggregáltak, és nehezen köthetők közvetlenül egy-egy stratégia vagy program hatásához. A szerzők szerint ezért nemzetközi szinten egységesített, validált indikátorkészletre lenne szükség, amely lehetővé teszi a stratégiák hatékonyságának összehasonlító értékelését.

## Stratégiaalkotási megközelítések

A stratégiaalkotás során két fő megközelítés rajzolódott ki:

- Előíró modell: részletes akcióterveket, projektfelelősöket, ETM-eket és időtervet tartalmaz (pl. Finnország, Spanyolország).
- Ajánló modell: elveket, általános célkitűzéseket és prioritásokat fogalmaz meg (pl. Ausztrália, Svédország).

Az alkalmazott modell gyakran az ország politikai és közigazgatási rendszeréhez igazodik. A centralizált rendszerek előnyben részesítik az előíró modellt, míg a föderatív vagy decentralizált országok inkább ajánló megközelítést alkalmaznak.

## Kormányzás és megvalósítás

A sikeres stratégia megvalósításának záloga a jól definiált, átlátható irányítási struktúra. A legtöbb országban a stratégia koordinálásáért az egészségügyi minisztérium vagy a kijelölt nemzeti intézmények felelősek. Finnország például a Népegészségügyi Tanácsadó Testületre ruházta a felügyeletet, míg Ausztrália egy független, szakértők vezette testület létrehozását tervezi.

Észak-Írország kiemelkedik a részletes, többszintű (lokális, regionális és nemzeti) irányítási modelljével, amely újonnan létrehozott testületeken keresztül támogatja a stratégia implementációját.

## Érintettek és a nyílvánosság bevonása

A stratégiák kialakításának egyik sarokköve az érintettek bevonása volt. Ez kiterjedt:

- a kormányzati szereplőkre (országos, regionális, helyi),
- a civil és nonprofit szervezetekre,

- az egészség- és társadalomtudományi szakértőkre,
- valamint közvetlenül a lakosságra.

A részvétel különböző módon valósult meg: online konzultációk, fókuszcsoportok, állampolgári testületek, szakmai workshopok és nemzeti egészségügyi konferenciák formájában.

A Portugál stratégia például hároméves, közös munka (co-creation) során készült el, több mint száz érintett bevonásával.

## Hiányosság: gazdasági elemzések mellőzése

A szerzők kritikus módon megjegyzik, hogy egyik ország sem végzett strukturált költség-haszon elemzést, ami gátolhatja a politikai támogatás megszerzését és az erőforrások optimalizálását. Ez különösen fontos lenne olyan témák esetén, ahol a megelőzés gazdasági előnyei hosszú távon jelentkeznek.

## GYAKORLATI AJÁNLÁSOK

A szerzők javaslatai gyakorlati útmutatóként szolgálnak azoknak az országoknak, amelyek új nemzeti népegészségügyi stratégiát kívánnak kidolgozni.

### 1. Stratégiai jövőkép és célrendszer kidolgozása

A nemzeti stratégia világos víziót kell, hogy kínáljon a lakosság egészségének fejlesztésére, az egészségügyenlétlenségek csökkentésére és a népegészségügyi vészhelyzetekre való felkészülésre.

## 2. "Egész kormányzati" megközelítés

A népegészségügyi célok csak akkor érhetők el, ha más ágazatok is (pl. lakhatás, oktatás, munkaügy) szerves részévé válnak a stratégiának. A WHO szerint az egészségkimenetek 30–55%-át a társadalmi determinánsok befolyásolják, így az egészségügy önmagában kevés.

## 3. Az egészséges életmód és a prevenció hangsúlyozása

Minden ország kiemelte a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a nem megfelelő táplálkozás és a mozgáshiány elleni fellépést. Ezek a tényezők a krónikus betegségek fő(bb) okozói.

## 4. A klímaváltozás egészségügyi hatásainak kezelése

A környezeti tényezők – a levegő-, víz- és talajszennyezés, klímaváltozás – közvetlenül befolyásolják a lakosság egészségi állapotát, így ezekre is választ kell adni a stratégiákban.

## 5. Társadalmi kontextus figyelembevétele

A stratégiának tükröznie kell a helyi kultúrát, a történelmi tapasztalatokat és a politikai realitásokat – csak így lesz társadalmilag elfogadott és hatékony.

## 6. Követhető, átlátható irányítás

Az implementációhoz szükség van felelős intézményekre, hosszú távú politikai támogatásra és elszámoltathatóságra – különösen egy politikailag változó környezetben.

## 7. Adatokon alapuló hatásmérés

A stratégia hatékonyságát csak akkor lehet mérni, ha rendelkezésre áll egy működőképes nemzeti egészséginformációs rendszer, amely kvantitatív és kvalitatív adatokat is rögzít.

## 8. Az érintettek széles körű bevonása

A fejlesztési folyamatnak nyitottnak kell lennie a szakértői és civil hozzájárulásokra, különösen a hátrányos helyzetű csoportok részéről.

## ÖSSZEGZÉS

A tanulmány átfogó képet ad a nemzeti népegészségügyi stratégiák nemzetközi sokféleségéről. A legfőbb tanulság, hogy nincs egyetlen "tökéletes modell", de léteznek közös elvek: részvételiség, adaptivitás, interszektorális együttműködés és tudásalapúság.

Ezek az elvek lehetővé teszik, hogy minden ország saját nemzeti környezetére szabott, ugyanakkor nemzetközi szinten megalapozott stratégiát alakítson ki a lakosság egészségének fejlesztésére.

## AJÁNLÁS

Mivel hazánkban évek, évtizedek óta nincs népegészségügyi stratégiája, jó kiindulópontként szolgálnak az ismertetett cikkben összefoglalt nemzetközi tapasztalatok ennek megalkotására. Mindenképpen megfontolandók a cikk végén felsorolt gyakorlati ajánlások, amelyeket a különböző országok népegészségügyi stratégiáinak közös jellemzőire alapozva fogalmaztak meg.

## HIVATKOZÁSOK

Norris M, Burke E, Comaskey F, Connolly MA, Doyle Y, McLoughlin C, McManus L, Power V, Spillane S, Ryan M and O'Neill M (2025) A review of national public health strategies in selected countries. *Front. Public Health* 13:1391795. doi: 10.3389/fpubh.2025.1391795

World Health Organisation (WHO). Supporting National Health Policies, strategies, plans [internet]. Geneva: World Health Organisation (2023). <https://www.who.int/activities/supporting-national-health-policies-strategies-plans>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József

Széchenyi István Egyetem Egészség-és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 16.

Elfogadva: 2025. 04. 25.

Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

## Cikkismertetés: Politikai polarizáció és egészség

### *Article review: Political polarization and health*

Ismertető: [Varga Tamás](#)

Doi: [10.58701/mej.18922](https://doi.org/10.58701/mej.18922)

**Ismertetett cikk:** Van Bavel, J.J., Gadarian, S.K., Knowles, E. et al. Political polarization and health. *Nat Med* 30, 3085–3093 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03307-w>

**Kulcsszavak:** politikai polarizáció; COVID-19, egészségmagatartás; népegészségügy

**Keywords:** *political polarization; COVID-19; health behavior; public health*

### ELŐZMÉNYEK

Az egészség társadalmi meghatározói – mint a jövedelmi helyzet, az oktatás, a lakhatási körülmények és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés – már régóta a népegészségügyi kutatás fókuszában állnak. Az utóbbi években azonban egyre több bizonyíték utal arra, hogy a politikai polarizáció is számottevő és gyakran figyelmen kívül hagyott tényezőként befolyásolja az egyéni és közösségi egészséget. A *Nature Medicine* folyóiratban megjelent „*Political polarization and health*” című áttekintő tanulmány ezt a kérdéskört járja körül, és hangsúlyozza: a polarizáció nem pusztán politikai vagy társadalmi jelenség, hanem egy olyan strukturális kockázati tényező, amely az egészségügyi kimeneteket is jelentősen torzíthatja.

A szerzők részletesen bemutatják, miként válik a politikai identitás egyre inkább meghatározóvá az emberek egészségmagatartásában, például a COVID-19 pandémia során tapasztalt maszkviselési, távolságtartási vagy oltási különbségekben. A tanulmány az ideológiai és affektív polarizáció fogalmát is bevezeti, és rámutat arra, hogy a politikai megosz-

tottság miként akadályozza az egészségügyi intézkedések elfogadását, aláássa a tudományos és egészségügyi intézményekbe vetett bizalmat, valamint hogyan erősíti a dezinformáció terjedését.

A tanulmány szerzői elismert kutatók a társadalomtudomány és a népegészségügy határterületein. *Jay Van Bavel* a New York-i Egyetem pszichológia és idegtudomány professzora, aki a társadalmi identitások és morális dimenziók agyi és viselkedési hatásait vizsgálja, különös tekintettel a csoportdinamikára és a népegészségügyre. *Shana Kushner Gadarian*, a *Maxwell School of Citizenship and Public Affairs* kutatási dékánhelyettese, az amerikai politikai viselkedést és kommunikációt kutatja, különösen válsághelyzetekben. *Eric Knowles*, a *New York-i Egyetem* pszichológia professzora a csoportbehatárolás és politikai attitűdök kapcsolatát elemzi, elsősorban az amerikai társadalom kontextusában. *Kai Ruggeri* a *Columbia Egyetem* egészségpolitikai professzora, akinek munkája a viselkedéstudomány alkalmazására irányul a közpolitikai döntéshozatalban, a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésének céljával.



## TARTALMI ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány nem saját empirikus kutatási eredményeket közöl, hanem egy interdiszciplináris szakirodalmi áttekintés formájában vizsgálja a politikai polarizáció és az egészség közötti összefüggéseket. A szerzők a cikkben részletesen bemutatják, hogy miként kapcsolódik össze a társadalmi-politikai megosztottság a népegészségügyi kimenetekkel. Két fő típusú polarizációt különböztetnek meg: az ideológiai polarizációt (nézetek szélsőségesedése) és az affektív polarizációt (saját csoport szeretete és a másik csoport gyűlölete). Mindkettő szorosan összefügg az egészségmagatartásokkal, a közpolitikai döntésekkel és a társadalmi bizalom szintjével.

A tanulmány egyik fő erőssége, hogy nem pusztán elméleti megfontolásokra épít, hanem részletes empirikus példákkal – elsősorban a COVID-19 világjárvány során tapasztalt politikai és társadalmi reakciókkal – illusztrálja érvelését. Az Egyesült Államokban például politikai párthovatartozás alapján jelentős különbségek alakultak ki az oltási hajlandóságban, a maszkviselés elfogadásában és a fizikai távolságtartásban, amelyek közvetlenül befolyásolták a fertőzési és halálozási arányokat. A szerzők ugyanakkor hangsúlyozzák, hogy a polarizáció egészségügyi hatásai nem csupán az USA-ra korlátozódnak. Európai országokban is kimutatható a politikai megosztottság és a népegészségügyi magatartások közötti kapcsolat, például a védőoltásokkal kapcsolatos bizonytalanság terén.

A tanulmány különösen értékes hozzájárulása, hogy nem csupán a politikai polarizáció népegészségügyi kockázatait tárja fel részletesen, hanem konkrét, szakmailag megalapozott javaslatokat is megfogalmaz annak érdekében, hogy ezek a káros hatások mérsékelhetők

legyenek. A szerzők kiemelik, hogy a népegészségügyi intézményekbe vetett bizalom helyreállítása és megerősítése alapvető fontosságú a jövőbeni egészségügyi válságok hatékony kezelése szempontjából. Ennek érdekében a népegészségügyi kommunikációnak kerülnie kell a pártpolitikai keretezést, és előnyben kell részesítenie a nem pártos, hiteles forrásokból származó üzenetátadást. A tanulmány hangsúlyozza a megbízható, közösségi beágyazottsággal rendelkező szereplők – például vallási vezetők, katonai vagy sportközösségi tekintélyek – bevonásának jelentőségét, akik hidat képezhetnek a szakpolitikai üzenetek és a célközönség között.

A szerzők emellett fontosnak tartják a tudományos kommunikáció transzparenciáját, különösen az ismeretelméleti bizonytalanságok nyílt, őszinte kezelését. A tudományos álláspontok változékonyságának megfelelő előzetes kommunikációja – például a bizonyítékalapú ajánlások frissítésének lehetősége – segíthet fenntartani a lakosság bizalmát, még változó körülmények között is. A javaslatcsomag egyik lényegi üzenete, hogy az egészségügyi viselkedésformák alakításában nemcsak az információ, hanem a közvetítő személye, a kommunikáció stílusa és a közösségi normák aktiválása is kulcsszerepet játszik.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány végkövetkeztetése szerint a politikai polarizáció nem csupán társadalmi konfliktusforrás, hanem egyfajta „nemzeti alapbetegségként” is értelmezhető, amely fokozza a társadalom sérülékenységét a népegészségügyi válságokkal szemben. A polarizáció közvetlenül befolyásolja az egészségmagatartásokat, torzítja a tudományos információk értel-

mezését, és aláássa az egészségügyi intézményekbe vetett bizalmat, így súlyosbítva a betegségek társadalmi hatásait és az azokkal szembeni kollektív védekezés hatékonyságát.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a jövőbeni egészségügyi kihívások kezelése csak interdiszciplináris együttműködés révén lehet eredményes. Ennek érdekében a népegészségügyi kutatásnak be kell építenie a társadalmi és politikai tényezőket is elemző megközelítéseket, valamint fokozni kell a társadalomtudományok és az orvosi területek közötti együttműködést. A politikai polarizáció hatásainak enyhítéséhez elengedhetetlen a bizalom erősítése, a tudományos kommunikáció transzparens gyakorlata, és a társadalmilag hiteles szereplők bevonása az egészségügyi tájékoztatásba.

## AJÁNLÁS

A tanulmány egyik legnagyobb erénye éppen abban rejlik, hogy a politikai polarizációt nem pusztán politikai vagy kommunikációs, hanem társadalmi-epidemiológiai problémaként kezeli. Noha a politikatudomány már hosszabb ideje vizsgálja

a polarizáció dinamikáját, a népegészségügyi következményekre irányuló fókusz újszerű és rendkívül értékes kiegészítése a társadalomtudományi diskurzusnak. A szerzők álláspontja szerint a népegészségügyi válságokra adott válaszok nem lehetnek kizárólag technikai természetűek – például új vakcinák vagy terápiák fejlesztésén alapulók –, ha hiányzik mögülük a társadalmi bizalom és politikai kohézió, amely lehetővé tenné ezek széles körű elfogadását és hatékony alkalmazását.

Összességében a *Political Polarization and Health* című tanulmány kiemelkedő jelentőségű hozzájárulást jelent a politikai polarizáció társadalmi hatásait vizsgáló tudományos diskurzusban. A szerzők interdiszciplináris megközelítése révén meggyőzően érvelnek amellett, hogy a politikai megosztottság nem csupán politikai vagy pszichológiai probléma, hanem önálló népegészségügyi kockázati tényező, amely strukturális szinten formálja az egészségügyi kimeneteket. A tanulmány így alapvető referenciaként szolgálhat mindazok számára, akik a népegészségügy és a társadalmi-politikai polarizáció közötti összefüggéseket kívánják feltárni, és evidencialapú válaszokat keresnek ezek kezelésére.

## HIVATKOZÁSOK

Van Bavel, J.J., Gadarian, S.K., Knowles, E. et al. Political polarization and health. *Nat Med* 30, 3085–3093 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03307-w>

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Varga Tamás  
ELTE Szociológiai Doktori Iskola, Budapest  
[v.tamas1991@gmail.com](mailto:v.tamas1991@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 30.  
Elfogadva: 2025. 05. 02.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Varga Tamás. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

**RECENZÍÓK**

## Cikkismertetés: Gyermekeink jólléte a jelenben, befektetés a jövőbe

*Article review: The current well-being of our children is an investment in their future*

**Ismertető:** [Tarkó Klára](#)

**Doi:** [10.58701/mej.18667](https://doi.org/10.58701/mej.18667)

**Ismertetett cikk:** Husbands, S., Mitchell, P.M., Kinghorn, P., Byford, S., Bailey, C., Anand, P., Peters, T.J., Floredin, I. & Coast, J. (2024). Is well-becoming important for children and young people? Evidence from in-depth interviews with children and young people and their parents. *Quality of Life Research* 33, 1051–1061. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03585-w>

**Kulcsszavak:** gyermekek és fiatalok; jövőbeni jóllét; törekvőképesség; a jóllét mérése

**Keywords:** children and young people; well-becoming; capability to aspire; wellbeing measures

### BEVEZETÉS

A jövőbeni jóllét (well-becoming) alatt azokat az indikátorokat értjük, amelyek a gyermekek és fiatalok jövőbeni jóllétét és esélyeit jelzik előre. A jövőbeni jóllét szempontjából fontos készségek és képességek korai életkorban történő fejlesztése kulcsfontosságú azok fennmaradása érdekében, így az ezt elősegítő programokba való befektetés elengedhetetlen a felnőttkori jóllét javításához és a hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok esélyegyenlőtlenségeinek csökkentéséhez. Az, hogy gyermekként minek az elérésére törekszünk előre jelezheti, hogy felnőttként mit szeretnének elérni, ezt nevezzük „törekvés képességnek” és azt sugallja, hogy a gyermekek törekvéseibe való befektetés hiánya gyermekkorban hatással lehet a jövőbeni boldogulás lehetőségeire. A jelen vizsgálat célja volt feltárni, hogy a gyere-

kek és fiatalok, szüleikkel egyetemben, fontosnak tartják-e a jelenben a jövőbeni jóllétüket. A vizsgálattal annak létjogosultságát kívánták alátámasztani, hogy a jóllét mérésére irányuló vizsgálatoknak a jövőbeni jóllét indikátoraira is figyelemmel kell lenniük.

### MÓDSZERTAN

A kutatók vizsgálatukba a 6–15 éves gyermekeket és fiatalokat, valamint szüleiket vonták be, életkor, nem, etnikai hovatartozás, szocio-ökonómiai státusz és családi háttér szerint reprezentatív angliai mintájukba. A mintavétel iskolákon és jótékonyági szervezeteken keresztül történt, a COVID-19 időszakában pedig Facebook hirdetések segítségével. A jelentkező szülők, amennyiben beleegyeztek gyermekük részvételébe, kitöltötték egy háttérkérdő-

ívet, amely alapján döntöttek a kutatók a vizsgálatba történő bekerülésről. A vizsgálat maga mélyinterjúk (járványidőszak-tól függően jelenléti vagy online a TEAMS-en keresztül) segítségével történt, a gyermekekkel, fiatalokkal és szüleikkel külön-külön, azonban arra is volt lehetőség, hogy a gyermek komfortérzete biztosítása érdekében a szülő jelen legyen a gyermeke interjúján, azzal a feltétellel, hogy nem válaszol a gyermeke helyett. A szülők beleegyező nyilatkozatot, a gyerekek és fiatalok pedig hozzájáruló nyilatkozatot írtak alá.

A gyermekeket és fiatalokat az interjút megelőzően arra kérték a kutatók, hogy készítsenek egy hierarchikus tevékenység térképet, amely azt takarta, hogy a számukra fontos dolgokat felírták vagy felrajzolták egy-egy post-it cetlire és azokat felragasztották az őket ábrázoló fénykép vagy rajz köré. Az interjú ezen fontos dolgokra és azok jelentőségére fókuszált. A szülőktől pedig azt kérdezték, hogy szerintük mi az, ami hátráltatja, és mi az, ami elősegíti gyermekük boldogságát. Továbbá mindkét csoporttól megkérdezték, hogy mit várnak a jövőtől.

Az interjúk rögzítésre kerültek, majd átiratok készültek belőlük, a szövegeket pedig kódolták. A 70 fős mintát elemzési szempontból 4 életkori csoportra osztották az angol besorolás szerint: általános iskolás korú gyerekek és fiatalok (6-10 évesek) (n=24), az általános iskolás korú gyerekek és fiatalok szülei (n=13), középiskolás életkorú gyerekek és fiatalok (11-15 évesek) (n=19), a középiskolás életkorú gyerekek és fiatalok szülei (n=14).

## EREDMÉNYEK

A jövőbeni jólét szempontjából a gyerekek, fiatalok és a szülők véleménye szerint is fontos tényezők az alábbiak voltak:

### Jövőbe mutató jelen teljesítmény

Az iskolába járás, a felsőoktatásba való bekerülés és a vágyott állás megszerzése központi jelentőségű volt a válaszadók szemében. Ezen felül, a leghátrányosabb helyzetű válaszadók körében fontos volt az is, hogy az állás jól fizető legyen, magas státuszú és anyagi biztonságot nyújtson.

### Jövőbeni fizikai és érzelmi biztonság

A fizikai biztonság azt jelentette a válaszadók számára, hogy képesek lesznek a táplálék- és lakhatási szükségleteik fedezésére, lesz házuk és élmük a jövőben, az ezeket lehetővé tevő biztos jövedelemmel rendelkeznek majd. A fizikai biztonsághoz sorolták a jövőbeni jó egészségi állapotot is, melynek záloga a megfelelő egészségmagatartásra ösztönzés gyermekkorban, vagyis a megfelelő mennyiségű mozgásra, egészséges és kiegyensúlyozott táplálkozásra való figyelem.

Az érzelmi biztonság megteremtésének alapja az, hogy gyermekkorban kialakuljanak a gyermek környezetében élő személyekkel a biztonságos kapcsolatok, melyek következtében felnőtt korukban mások társaságában és egyedül is biztonságban érzik majd magukat.

## Jövőbeni kapcsolatok

Fontosak voltak a megkérdezettek számára a jövőbeni kapcsolatok is, hosszú-távú barátságok, a szülői családdal, testvérekkel, rokonokkal való szeretetteljes kapcsolatok vagy saját család alapítása formájában. A szülők szerint fontos gyermekeik szocializációja és szociális készségeinek fejlesztése annak érdekében, hogy a jövőben maguk is képesek legyenek a társas kapcsolataik ápolására és létesítésére.

## Identitás kialakítása

A jövőbeni identitás kialakítását a karrier-választások jelezték előre, melyekben a gyermekek és fiatalok azt hangsúlyozták, hogy olyan emberek szeretnének lenni, akik másokon segítenek (pl. orvos, ápoló stb.). A szülők szerint fontos, hogy a gyermekekben és fiatalokban már gyermekkorban kialakuljon, hogy kik is ők és mit szeretnének tenni a jövőben, annak érdekében, hogy magabiztosabbak legyenek és rájöjjenek, mi teszi majd őket boldoggá felnőtt korukban.

A jövőbeni jólét szempontjából csak a szülők véleménye szerint fontos tényező a következő volt:

## Jövőbeni függetlenség

A szülők fontosnak tartják, hogy a gyermekek és fiatalok bizonyos szintű függetlenséggel rendelkezzenek, hogy így készülhessenek fel a független felnőtt életre. Ez azt jelenti, hogy képessé kell tenni őket arra, hogy bizonyos helyzetekben önállóan cselekedjenek és önálló döntéseket hozzanak.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatás rávilágított arra, hogy a jövőbeni jólétbe való befektetés főként azon hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok számára elengedhetetlenül fontos, akik korlátozott jövőbeni lehetőségekkel rendelkeznek. A kutatók felhívják a figyelmet arra, hogy a gyermekek és fiatalok körében végzett jóléti kutatásoknak a jövőbeni jólétre vonatkozó kérdéseket is tartalmazniuk kell, amelyben képet kaphatunk „törekvési képességükről”, vagyis arról, hogy képesek-e pozitívan gondolkodni a jövőjükéről az életük különböző területei mentén, képesek lesznek-e törekvéseiket megvalósítani és elérni, amit szeretnének. Ez lehetővé teszi, hogy konkrétan mérjük azon programok vagy politikák eredményeit, amelyek célja a fiatal felnőttek motivációinak és jövőre vonatkozó ambícióinak javítása, ami kulcsfontosságú a fiatal felnőttek jövőbeni jólétének elősegítése és az egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából.

Gazdasági szempontból, a fenti megközelítés egy költséghatékonyabb módja az élethosszig tartó jólét előmozdításának, mivel így a források az egyenlőtlenségek és a jövőbeni ambíciókat korlátozó tényezők korai kezelésére irányíthatók, redukálva ezzel a felnőttkori egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló nagyobb befektetések szükségességét. Példaként hozhatók a 'szociális recept kezdeményezések', melynek keretében a hangsúly az egészség társadalmi meghatározóinak kezelésén van az egészség és jólét közösségi alapú, nem medikális (pl. oktatás, művészetek) eszközökkel történő fejlesztésén keresztül.

## AJÁNLÁS

A jövőbeni jólétről való gondolkodás azt jelenti, hogy képesek vagyunk-e pozitívan gondolkodni gyermekeink jövőjét illetően. Azzal, ha már gyermekkorban befektetünk azon tényezőkre, amelyek fontosak a jövőbeni jólét szempontjából, növelhetjük gyermekeink jövőbeni jólétét és egészségesebbé és csökkenthetjük az egészségügyre és a gazdaságra háruló terheket.

Ebben a folyamatban a család mellett a pedagógusok, kiemelten a tanárok szerepe vitathatatlan. Éppen ezért elengedhetetlenül fontos a megfelelő oktatáshoz való egyenlő hozzáférés, az oktatási szegregáció felszámolása, az egészségműveltség növelése, az iskolai egészségfejlesztés nagyobb hangsúlya és mindezen folyamatokba a szülők partnerként történő bevonása.

## HIVATKOZÁSOK

Husbands, S., Mitchell, P.M., Kinghorn, P., Byford, S., Bailey, C., Anand, P., Peters, T.J., Floredin, I. & Coast, J. (2024). Is well-becoming important for children and young people? Evidence from in-depth interviews with children and young people and their parents. *Quality of Life Research* 33, 1051–1061.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-023-03585-w>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Tarkó Klára  
Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék, Szeged; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport  
[tarko.klara@szte.hu](mailto:tarko.klara@szte.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 06.  
Elfogadva: 2025. 04. 17.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Tarkó Klára. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.



**MÁSODKÖZLÉSEK**

## Másodközlés: Drog-e az alkohol? Avagy hogyan harcolhatunk hitelesen a drogok ellen egy felessel a kezünkben

*Secondary publication: Is alcohol a drug? Or how to fight drugs with a shot in your hand*

Ismertető: [Demetrovics Zsolt](#)

Doi: [10.58701/mej.18693](https://doi.org/10.58701/mej.18693)

**Első megjelenés:** Demetrovics Zs. (2025) Drog-e az alkohol? Avagy hogyan harcolhatunk hitelesen a drogok ellen egy felessel a kezünkben [https://m.hvg.hu/360/20250321\\_Drogpolitika-csod-drog-alkohol-falusi-kocsmaprogram-prevencio-alkoholizmus](https://m.hvg.hu/360/20250321_Drogpolitika-csod-drog-alkohol-falusi-kocsmaprogram-prevencio-alkoholizmus) (Megjelent a hvg360 internetes újságban 2025.03.21. 16:30-kor)

**Kulcsszavak:** alkohol; kábítószer; pszichoaktív szerek

**Keywords:** alcohol; drugs; psychoactive substances

A címben feltett kérdésekre egyszerű és egyértelmű, különösebb mérlegelést nem igénylő válaszok adhatók: 1. Igen. 2. Sehogy. Mégis számos olyan további megfontolást vet fel a két kérdés, hogy érdemes ezeket kicsit részletesebben körüljárni.

Az első kérdés a prevenciós előadások standard első kérdése a közönségtől. Lehet rá hosszan válaszolni, bemutatva az egyes kifejezések (drog, kábítószer, pszichoaktív szer stb.) pontos jelentését és etimológiáját, de hasznosabb „lefordítani” a kérdést. Mit is akar megtudni a kérdező? Nyilvánvalóan azt, hogy mi a különbség az alkohol és a drog között, egy kalap alá vegyük-e az alkoholt és a különböző jobban vagy kevésbé ismert illegális szereket. Vagy még pontosabban fogalmazva, azon kívül, hogy az alkohol ma(!) Magyarországon(!) legálisan használható, 18 éves életkor felett megvásárolható, s legálisan elő is lehet állítani, van-e, ami alapvetően

elkülöníti az illegális szerektől. A válasz: nem, nincs.

**Az alkoholt kizárólag jogszabályi besorolása különíti el az illegális szerektől.**

Ezekre, a különböző – legális és illegális – tudatállapot-módosító szerekre a szaknyelv pszichoaktív szerként hivatkozik. Ez a hivatalos kifejezés arra utal, hogy olyan kémiai anyagokról van szó, amelyek elsősorban a központi idegrendszerre hatnak (vagyis az agyműködésre, s így a gondolkodásunkra, az észlelésünkre, az érzékeinkre, érzelmeinkre, hangulatunkra). Ezek a szerek hatásaikban rendkívül sokfélék. Egyes szerek nyugtató hatásúak, mások inkább stimulálnak, megint mások az észlelést befolyásolják, s hallucinációkat okoznak. Abban is különböznek ezek a szerek, hogy milyen mértékben és milyen módon hatnak a szervezet egyéb működéseire, pl. a légzésre, a szív működésre

vagy az izomműködésre, ami a veszélyességük tekintetében is fontos tényező lehet. Ebbe a sokféleségbe illeszkedik az alkohol is. Egyes szerekhez jobban, másokhoz kevésbé hasonlít, de jogi státuszán kívül nincs olyan kémiai vagy hatásmechanizmusbeli jellemzője, amely elkülönítené a tiltott szerektől.

## A MI DROGUNK

Fontos leszögezni, hogy az alkohol eltérő jogi státuszát kizárólag történeti-kulturális beágyazottsága indokolja. Az alkohol a „mi drogunk”, használata a zsidó-keresztény vagy európai kultúra szerves része. A szó szoros értelmében évezredek óta átítatja az ünnepeinket, és sajnos a mindennapjainkat is. Illegálissá tétele fel sem igazán tud merülni (a néhány csúfos kudarc elemzésére most nincs hely kitérni).

Ezzel szemben a marihuána, az LSD, az amfetamin, a kokain és a többi, illegális listán tartott szer egytől-egyig „(kultúr)-idegen drogok”. Néhány évtizede ismerjük (pontosabban nem ismerjük) őket, s így félelmetesek és tiltandók, mint minden, ami az ember saját kultúrájától, szokásaitól eltérő. Jelen gondolatmenetünk szempontjából ennek a jelenségnek egy fontos konklúziója van, nevezetesen, hogy az alkohol nem valamilyen fontos kémiai vagy hatásbeli tulajdonsága, és végképp nem az illegális szerekhez hasonlítva kisebb mértékű ártalmassága miatt legális, hanem pusztán azért, mert ismerjük, megszoktuk és a kultúránk része.

Az egyik fő probléma ezzel az, hogy valójában az egyes viselkedéseket tiltó jogszabályokkal kapcsolatosan logikusan feltételezi a társadalom, hogy ezeket az állam azért hozza, hogy védje a polgárait a veszélytől, s másokat azért nem tilt vagy akár támogat, mert azok nem ártalmasak.

Ez lenne a logikus: a veszélyes tevékenységeket tiltom (a nagyon veszélyeseket szigorúbban büntetem, a kevésbé veszélyeseket kevésbé), a nem veszélyeseket engedélyezem. Sajnos emiatt az alkohol legális státusza azt sugallja, hogy a veszély nem áll fenn, de legalábbis lényegesen csekélyebb, mint az egyéb drogok esetében, amelyeknek akár az egyszeri használata is két évig terjedő szabadságvesztéssel büntethető ma Magyarországon. A valós helyzet azonban nem ez. Az alkohol a ma ismert pszichoaktív szerek egyik legveszélyesebbike. David Nutt szakértői kutatása alapján – amelyben húszer ártalmasságát hasonlította össze –

**az összártalomindexe csak a kokainnak, a heroinnak, a barbiturátoknak és az utcai metadonnak volt magasabb, mint az alkoholnak.**

De a krónikus testi ártalmakat tekintve például csak a dohány és (éppen hogy) a heroin előzi meg az alkoholt, míg a társadalmi ártalmak vonatkozásában csak a heroin jár előtte. De a rangsoroktól függetlenül is tudjuk, hogy az alkohol az egyik legproblémásabb, legártalmasabb drog, amit ismerünk, a központi idegrendszer mellett lényegében minden szervrendszert súlyosan károsít, és ez a hatás messze nem olyan dóziszfüggő, mint ahogy azt sokan hinni szeretnék.

Azon lehet vitatkozni, hogy a hetente 4-5 alkalommal, étkezéshez elfogyasztott 1-1,5 dl vörösbor ártalmas vagy sem (kimondhatjuk, hogy jelentős kockázatot nem jelent az egészségre), de ami efölött van, az bizonyosan ártalmas. Az is biztos, hogy a tömény alkoholnak nincs elfogadható (értsd egészséghatáron belüli) fogyasztási mértéke. Természetesen az ártalom nagyban függ a mennyiségtől, a használat rendszerességétől és még sok mindentől, de mindenképp fennáll.

De térjünk vissza a legális státusz által a társadalomnak küldött téves (rejtett) üzenethez, miszerint az alkohol használata nem lenne különösebben veszélyes. Ezt ugyanis a megfelelő prevenció, a kormány és az egészségpolitikusok következetes kiállása és az alkoholhasználat veszélyeit hangsúlyozó fellépése – legalábbis részben – akár kompenzálhatná is. És sok minden mást is tehetne még az állam, hogy egy olyan szerrel kapcsolatban, amely valóban nem küldhető illegális listára (mert azzal még nagyobb gondokat okoznánk), de az ártalmait egyéni, családi és társadalmi szinten is hatalmas problémát jelentenek.

Sajnos a magyar állam ennek inkább az ellenkezőjét teszi, s látványos formákban áll ki támogatóan az alkohol használata mellett. A második Fidesz-kormány első intézkedései között tette lehetővé, hogy bárki – nem mellesleg adómentesen – főzhessen magának 50 liter tiszta alkoholt évente (ez több mint 100 liter pálinkának felel meg 365 napra). Ha a döntés – e helyütt csak a fenti gondolatmenetet követve – üzenete nem lenne egyértelmű, számtalanszor ki is lett mondva vezető politikusok által: „a pálinkafőzés szinte szabadságjog”, „a nemzeti kultúra szerves része”.

De az egyéb üzenetek is egyértelműek. A kormány aktív támogatója a bor- és pálinkafesztiváloknak, nem ritkák az utalások (kormánypárti és ellenzéki politikusoktól egyaránt) az alkoholhasználat és a férfiaság, az erő, de akár az egészségesség kapcsolatára, de a miniszterelnök sem csak a törvényeken és nyilatkozatain keresztül támogatja a pálinkafogyasztást, hanem maga is gyakran jelenik meg felessel a kezében. Mindezeknek a hatása nem alábecsülendő. De említhetjük a parlamenti (értsd munkahelyi) alkohol-

fogyasztást is. Bár a fenti néhány példa mindegyike megérne egy külön elemzést, most csak

**ezen üzenetek kommunikációs hatását javaslom végiggondolni egy olyan helyzetben, amikor a kormány éppen hadat üzen a droghasználatnak és drogkereskedelemnek.**

### KINEK SZÓL A KETTŐS KOMMUNIKÁCIÓ?

Tehát a második kérdés: mennyire tud hiteles lenni a fenti magyar politikus (és a kormányzati politika általában) a drogok elleni fellépésben? Mint előrebocsátottam, lényegében semennyire sem. A feltételezett célcsoport – a drogokat már használók vagy a jövőben potenciálisan kipróbálók – körében legalábbis bizonyosan nem.

Legyünk megengedők, s lássuk be, a magyar társadalom jelentős része a fenti kettősséget vagy nem gondolja végig, vagy tudomásul veszi a jogi besorolás elvét követve, s ilyen módon valóban nem is fog neki problémát okozni az alkohol-fogyasztás támogatása és a droghasználat elleni háború ellentmondásossága. (Tegyük azért hozzá, hogy ez már önmagában az állam súlyos felelősségére utal, hiszen hiányzik a megfelelő felvilágosító tevékenység.) A társadalomnak ez a része azonban azokból a polgárokból áll, akik maguk nem fogyasztanak illegális szereket (sőt, talán barátaik, családtagjaik körében sem jellemző ez), s így elsődlegesen semmilyen tekintetben nem jelentenek célcsoportot a drogok elleni harcban. Ők akár lelkes támogatói is lehetnek az illegális drogok elleni meghirdetett háborúnak, és e tekintetben nyilván jelentős célcsoportot jelenthetnek szavazati szempontból.

Annak az elemzését, hogy a most meghirdetett drogháború mennyire szolgál politikai érdekeket (értsd szavazategyűjtés), és mennyire fűtik szakmapolitikai célok és szempontok (értsd a droghasználat egyéni és társadalmi ártalmainak csökkentése) meghagyom a politológusoknak. Magam, addiktológusként arra tudok választ adni, hogy amennyiben feltételezzük, hogy a kormány szándékait szakmapolitikai szándék vezérli, akkor milyen szempontokból elhibázott az, amit az eddigi tervekről tudunk.

Egyrészt azok a polgárok, akik alkalmilag vagy rendszeresen használnak vagy használtak illegális szereket, vagy láttak már közelebbről drogokat kipróbáló, alkalmilag használó embert, esetleg beleolvastak valamilyen vonatkozó ismeretterjesztő munkába az alkoholról és egyéb drogokról, pontosan tisztában van a fenti kettős kommunikáció tévedéseivel. Elvileg – részben legalábbis – ők lennének a célcsoport: a drogokat még ki nem próbáló vagy éppen csak kísérletezgető fiatalok, akiket egy jó program, megfelelő stratégia sikerrel távol tudna tartani a veszélyes szerektől.

Ez jó cél lenne, de az eléréséhez egyrészt jó stratégia és eszköztár, másrészt hitelesség kell. A hitelességhez pedig a tartalomnak és az üzenetküldőnek is hitelesnek kell lennie, márpedig az egyik drog (alkohol) használatának támogatása könnyen blokkolja a másik droggal kapcsolatos tiltó üzenetet, ha nincs észszerű magyarázat a különbségtételre. A mai fiatalok és azok a generációk (ma már ötven alatt potenciálisan bárki),

**akik már a középiskolában találkoztak marihuánával vagy ecstasyval, látják, hogy a helyzet komplexebb.**

Látják, hogy az alkohol is lehet nagyon ártalmas, és azt is látják, hogy az illegális szereket kipróbálók vagy alkalmilag használók nem mind túladagolásban halnak meg az utcán. Sőt, sokan közülük ma sebész főorvosok, sikeres vállalkozók, állami cégek vezetői, politikusok, óvónők, buszsofőrök, tűzoltók, nővérek, könyvelők, ügyvédek, bírók, gyári munkások. És közülük sokan ma is használnak alkalmanként vagy több-kevesebb rendszerességgel különböző szereket (nem csak alkoholt). Ennek a rétegnek az egyszerű drog=rossz, alkohol=ok üzenet nem tud hiteles lenni. És annak a serdülő vagy fiatal felnőtt rétegnek sem, amelyik sajnos jól látja maga körül az alkohol pusztító hatását, szülein, nagyszülein, nagybácsin, nagynénin, vagy jó esetben csak a szomszédon. Ők látják, hogy az ártalmasság nem egyszerűen a szertől függ, hanem a használat rendszerességétől, módjától és sok más tényezőtől.

Valószínűleg azt is jól látja a társadalom ezen része, hogy integrált fellépés lenne szükséges, amely a legális és illegális szerhasználat ártalmaira egyaránt koncentrálna, s amelyben az üzenetküldő (legyen az szülő, pedagógus vagy politikus) hiteles. Azaz nem alkohollal a kezében prédikál a marihuána ellen, s nem egy marihuánás cigarettával a szájában intéz kirohanást az alkohol veszélyei iránt.

## A TILTÁS „EREDMÉNYEI”

De sajnos még itt sem tartunk, a probléma ennél is sokkal nagyobb. Úgy tűnik, a kormány nem látja, hogy a drog- és alkoholhasználat terén nem újabb jogszabályokra, alkotmánymódosításra és végképp nem háborúra van szükség, hanem szakmai-tudományos alapokon nyugvó

komplex stratégiára és a stratégia következetes, kormányokon átívelő végrehajtására.

Ha bárki vet egy pillantást a ma már több mint százéves drog- (és időnként alkohol-) üldözés tapasztalataira, akkor pontosan látja, hogy az irdatlan pénzköltés mellett ezek nemhogy sikerre nem vezettek soha, de többnyire igen jelentősen növelték a problémát. Nemcsak a növekvő bűnözés terén, hanem az egyének és a társadalom által elszenvedett károk terén is. A tiltás és háború politikája a probléma rejtetté válását fokozza, a segítségre szorulóknak kevésbé kérnek segítséget, a prevenció hiteltelenné és lehetetlenné válik.

**Mindeközben a tiltás visszatartó ereje minimális.**

Nem kell messzire menni, elég a hazai statisztikákat megnézni a legszigorúbb európai törvény országában közel harminc év távlatából. Elhatároztam, hogy nem írok számokat, de egyet mégiscsak ideszúrok. A Paksi Borbála által vezetett országos reprezentatív kutatásokból rendelkezésre álló legmegbízhatóbb adatok szerint Magyarországon mintegy 2,2 millió felnőtt használt már valaha marihuánát vagy hasist (csak a rend kedvéért ez a felnőtt népesség több mint egyharmada).

Természetesen a fent említett stratégiának része kell legyen a jogi szabályozás és a bűnüldözés is, de nem kellene elfelejtkezni a prevencióról, a kezelésről, a családok szerepéről, az ártalomcsökkentésről s még számos területről. A szakemberek széles körű bevonására lenne szükség, s tegyem hozzá, minél kevesebb politikára, de következetes politikai akaratra a szakmai konszenzus megvalósításában.

Ehhez Magyarországon a legkiválóbb szakmai háttér áll rendelkezésre. A hazai kutatók a világ élvonalában vannak, az elmúlt évtizedekben kiképződött prevenciós szakemberek a legmagasabb színvonalat tudják képviselni, s hasonló a helyzet a terápia, az ártalomcsökkentés, a rehabilitáció területén is. Ha a cél valóban a droghasználat negatív következményeinek mérséklése, akkor itt az idő a szakmára támaszkodni.

Ha csak látszatháború a cél, akkor sajnos ismét és továbbra is a sikeres prevencióhoz és terápiához szükséges források sokszorosát fogjuk értelmetlen, sikertelen, az ártalmakat önmagában csak fokozó bűnüldözésre költeni.

**Az a fajta háború, amit most a kormányzat meghirdetni látszik, még soha sehol nem működött.**

Most és itt sem fog. Arra ellenben vannak példák, hogy átgondolt szakmai konszenzussal megalkotott és következetesen végrehajtott stratégiával lehet eredményeket elérni. Nem azt a bizonyos drogmentes világot, ami egyszerűen nem létezik (nem is létezett soha), de egy olyan világot, amiben a célok értelmesek és reálisak, az eredmények mérhetők és értékelhetők, és az egyéni és társadalmi ártalmak minimalizálhatók.

## **AZ ELSŐ ORBÁN-KORMÁNY ÉS A DROGPOLITIKA ARANYKORA**

Meg kell jegyezzem, hogy egyébként lenne hova visszanyúlni a hazai drogpolitikában. A magyarországi drogpolitika „arany évtizede”, az első Fidesz-kormányval kezdődött 1999-ben, s aztán a második Fidesz-kormányval ért véget 2010 tavaszán. A rendszerváltozás utáni első – kissé talán kaotikus – évtizedben (sőt már pár

évvel azt megelőzően) igen jelentős szakmai fejlődés indult meg, de valójában az 1999-ben az Ifjúsági és Sportminisztériumban Topolánszky Ákos vezetésével felálló helyettes államtitkárság alatt rendeződött össze a hazai drogpolitika. Ekkor jött létre a minisztérium háttérintézményeként Felvinczi Katalin vezetése alatt a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet 2001-ben, és indult el egy olyan szakmai munka, amely hosszú időn át pozitívan határozta meg a terület fejlődését.

A 2000 decemberében – ma már elképzelhetetlen módon (de akkor is egyedi esetként) – hatpárti konszenzussal elfogadott Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására c. dokumentum egy évtizedre kormányokon átívelő módon határozta meg a drogprobléma elleni stratégiai fellépés irányát, elveit és lépéseit. A stratégia megvalósítását igen korlátozott, de mai szemmel nézve felfoghatatlanul bőséges források segítették a kutatások, a prevenció, a kezelés és az ártalomcsökkentés területén. Tegyük hozzá, a jogi és a politikai környezet formálisan nem volt lényegesen kedvezőbb, mint ma, de a valóságban számtalan értelmes szakpolitikai döntés és működés lehetővé vált. Bár a kormányzat és a miniszterelnök akkoriban is „ördöggel való cimborálásként” utalt a droghasználatra, a területet felügyelő miniszter az elfogadott stratégiát követve hozott pragmatikus döntéseket a megelőzés, a terápia és az ártalomcsökkentés (például tűcsereprogramok) támogatásáról.

A 2002-es kormányváltást követő két ciklusban bár fokozatosan vesztett a terület az adminisztráción belüli súlyából (pl. az egymást követő vezetők közül előbb főosztályvezető, majd főosztályvezető-helyettes lett), de a stratégiai irány és a források volumenüket tekintve megmaradtak.

**Egészen 2010-ig, amikor is néhány hónap alatt tette az új kormányzat lényegében a földdel egyenlővé a területet.**

Az egyebek mellett nemzetközi pályázatokat nyerő, a helyi kábítószerügyi egyeztető fórumokat felállító, képző és menedzselő Nemzeti Drogmegelőzési Intézetet csak úgy, mint a minisztériumi koordinációt és a konkrét szakmai programokat. Ha van szándék tenni valamit a területtel, másfél évtized után akár lehetne most megint építkezni. A szakemberek megvannak, s bár jó részük pályaelhagyásra kényszerült, bizonyosan visszacsábítható.

## **PROBLÉMÁKAT GYÁRTANAK AZOKNAK, AKIKNEK NINC**

És akkor még néhány dolog, amit érdemes tisztázni. Először is, a drogfüggőség betegség. Hivatalos diagnosztikai neve pszichoaktív szer-használati zavar, és csak a rend kedvéért, ugyanez a betegség név alkalmazandó az alkohol és a heroin esetében is. Lehet egy betegséget bűncselekménnyé nyilvánítani (ez meg is történt), de egészen biztosan nem lehet jogszabályokkal és bűnüldözéssel gyógyítani. Másodszor, a droghasználat, pont úgy, mint az alkoholhasználat, sokféle lehet intenzitásában, mintázatában, veszélyességében. A droghasználók és alkoholhasználók döntő többsége például nem függő (és így nem is beteg), hanem például alkalmi használó. Jelentős részük teszi ezt problémamentesen vagy kevés problémával. Esetükben lehet tere a prevenciónak vagy egyéb beavatkozásoknak a későbbi esetleges problémák elkerülése érdekében, de ehhez nem bűnüldözés kell – amelynek nincs elrettentő-visszatartó hatása –, hanem szakmai programok.



Márpedig a mostani kormányzati kommunikáció eddig kizárólag a bűnüldözés különböző formáira utal. A kinevezett kormánybiztos is a kábítószer-kereskedelem felszámolásáért felelős, még véletlenül sem azért, hogy az egyéneket és a társadalmat kevesebb ártalom érje a szerhasználat következményeként. A bűnüldözésről két dolgot tudunk, azt, hogy drága (egy kisebb razzia árából éveig el tud működni egy jó prevenciós program), és nem hatékony. Egész pontosan inkább ártalmakat okoz, mintsem csökkenti azokat.

Nem beszéltünk még a dizájnerdrogokról vagy más néven új szintetikus szerekről, holott a kormányzati kommunikáció nagy hangsúlyt helyez ezen – valóban igen jelentős – probléma felismerésére. Ez öröndetes, még akkor is, ha az első riportokat a 2000-es évek elején írtuk erről a problémáról, 2012 márciusában Budapesten rendeztük meg a világ első nemzetközi konferenciáját a témában, s azóta is számtalan hazai kutatási beszámoló igyekezett felhívni a kormányzat figyelmét a problémára és a cselekvés szükségességére. Jó, hogy megtörtént most a felismerés, de ahogy fent részleteztem, rossz az irány. Érdemes lenne megkérdezni a sok évtizedes tapasztalattal rendelkező szakembereket, mivel a kormánnyal szemben ők két és fél évtizede tudnak a problémáról, s dolgoznak ellene a kormányok érdektelensége és sok esetben kifejezett akadályozó tevékenysége ellenére és kidolgozni azokat a lehetőségeket, amelyekkel segíteni lehet azokat, akik rászorulnak, és nem feltétlenül problémákat generálni azoknak, akiknek még nincs – és emellett persze lehet üldözni a kereskedelmet is.

## **DROGHÁBORÚ A KOCSMAPROGRAM MELLÉ**

Ne legyen félreértés. Nem a drogok (értsd illegális szerek) okozta ártalmak kibebítése vagy akár relativizálása volt a célja a fentiek összefoglalásának. Célom volt ugyanakkor, hogy az alkohol veszélyeire is felhívjam a figyelmet. Valamennyi pszichoaktív szer – legális és illegális – hordoz magában ártalmakat; ez az egyértelmű alaptétel. Éppen ezért kellene integrált alkohol- és drogpolitika, s nem a jogi státusz mentén haladni (sajnos jogi besorolásukról a szerek nem tudnak, így ők sem attól teszik függővé a hatásukat). Érttem én, hogy a parlamentek világszerte inkább támaszkodnak a kulturális hagyományokra és ezzel összefüggésben a szavazók elvárásaira a legalitás meghatározásában, de ez nem kell, hogy szükségszerűen a bűnüldöző hozzáállás dominanciájához vezessen a drogpolitikában, és szintén nem kell, hogy támogató attitűdöt jelentessen az alkohol használata ügyében. Épp ellenkezőleg. Akár az adott jogszabályi keretek mellett is – csak, hogy világos legyen, semmi esetre sem a drogok legalizációja mellett érvelek – lehet hitelesen és hatékonyan fellépni a legális és illegális szerek használata és az általuk okozott ártalmak csökkentése érdekében.

Ehhez persze talán nem kocsmaprogramot kellene hirdetni a drogháború mellé.

Márpedig e pillanatban úgy tűnik, már nem is a felessel koccintó politikus harcolna a drogok ellen, hanem egy olyan kormányzat, amely miközben nem szán értelmezhető mennyiségű forrást a drogprevencióra, a kezelésre és a rehabilitációra, amely másfél évtizede ignorálja a teljes szakterületet, és nem tudott az asztalra tenni egy stratégiát a drogprobléma keze-



lésére, most a legfontosabb problémaként a „falu lelkének” (a nemzetgazdasági miniszter megfogalmazása) titulált kocsmamegmentését azonosítja, s erre mindjárt talál forrást is. Remélem, hogy nem én vagyok az egyetlen, aki lát itt némi problémát. Megmondom őszintén, nem vagyok reménytelen az ügyben, de ha mégis, akkor talán csak azért, mert ezúttal

a fent leírt, a szakemberek által unalomig ismételt

**ellentmondásokat sikerült olyan látványos szinten megjelenítenie a kormányzatnak, hogy erre talán a társadalom szélesebb rétegei is felfigyelnek.**

## HIVATKOZÁSOK

Demetrovics Zs. (2025) Drog-e az alkohol? Avagy hogyan harcolhatunk hitelesen a drogok ellen egy felessel a kezünkben [https://m.hvg.hu/360/20250321\\_Drogpolitika-csod-drog-alkohol-falusi-kocsmaprogram-prevencio-alkoholizmus](https://m.hvg.hu/360/20250321_Drogpolitika-csod-drog-alkohol-falusi-kocsmaprogram-prevencio-alkoholizmus) (Megjelent a hvg360 internetes újságban 2025.03.21. 16:30-kor)

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Demetrovics Zsolt  
ELTE Pszichológiai Intézet, Budapest; Flinders University Institute for Mental Health and Wellbeing, College of Education, Psychology and Social Work, Adelaide, Australia  
[zsolt.demetrovics@gmail.com](mailto:zsolt.demetrovics@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 08.  
Elfogadva: 2025. 04. 08.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Demetrovics Zsolt. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

**SZAKMAI HÍREK**

## A Magyar Addiktológiai Társaság álláspontja a kormány drogellenes kampányáról

*The Hungarian Addiction Society's position on the government's anti-drug campaign*

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18692](https://doi.org/10.58701/mej.18692)

**Kulcsszavak:** kábítószeresek

**Keywords:** drugs

A Magyar Addiktológiai Társaság elnöksége az alábbi levelet küldte meg a Köztársasági Elnöknek, a Miniszterelnöknek, a Belügyminiszternek, valamint a parlamenti képviselőknek a kormány drogellenes kampányával kapcsolatban.

### A MAGYAR ADDIKTOLÓGIAI TÁRSASÁG ÁLLÁSPONTJA A KORMÁNY DROGELLENES KAMPÁNYÁRÓL

Tisztelt Köztársasági Elnök Úr!  
Tisztelt Miniszterelnök Úr!  
Tisztelt Belügyminiszter Úr!

A Magyar Addiktológiai Társaság (MAT) a médiából értesült arról, hogy a kormány "hajtóvadászatot" hirdetett a "kábitószerkereskedők" ellen. Mivel a szakma már hosszú évek óta figyelmeztet a dizájn drogok fogyasztásával kapcsolatos súlyos társadalmi és közegészségügyi problémákra, önmagában üdvözlendőnek tartjuk, hogy a kormány elhatározta magát a cselekvésre. Ellenben aggasztónak ítéljük aényt, hogy előzetesen sem a Belügyminisztérium, sem más kormányzati intézmény nem vonta be a

szakmai szervezeteket a cselekvés előkészítésébe.

Szakmai álláspontunk szerint a drogjelenségre adandó politikai válaszok csak akkor lehetnek eredményesek, ha átfogó és kiegyensúlyozott megközelítésen alapulnak, ha figyelembe veszik a tudományos bizonyítékokat, a nemzetközi szervezetek ajánlásait, a drogjelenség komplexitását, és a civil társadalom széleskörű bevonásával készítik elő, hajtják végre és értékelik azokat, mint ahogy ez történt az első magyarországi drogstratégia esetében az első FIDESZ Kormány idején, teljes politikai egyetértés mellett. A kormány jelenleg meghirdetett kampánya azonban nélkülözi ennek minden elemét: egyoldalúan a kínálatcsökkentésre összpontosít, nem veszi figyelembe a bizonyítékokat és a szakmai ajánlásokat, szempontokat.

Ellenezzük a drogpolitika szinte tisztán rendészeti megközelítését. A történelmi tapasztalatok szerint az ilyen egyoldalú "drogellenes háborúk" nem képesek ténylegesen csökkenteni az illegális szerek keresletét és kínálatát, miközben

nagyon súlyos társadalmi következményekkel jártak. Hazánkban már eddig is Európa egyik legszigorúbb szabályozása volt érvényben ezen a területen, ami azonban önmagában eddig sem volt képes a szerhasználat csökkentésére. Ugyanakkor félok, hogy a további szigorítás nem a kereskedelem visszaszorítását eredményezi, hanem az előző drogstratégiák által kiépített, a szerhasználattal összefüggő problémák megelőzésére és kezelésére irányuló válaszleépéseket lehetetleníti el. Ennek következtében segítségre szoruló szenvedélybeteg polgártársaink még inkább rejtőzködéskényszerülnek, és a megfelelő ellátáshoz való hozzájutásuk tovább nehezedik. Mindezek tovább súlyosbítják a szenvedélybetegségek által érintett családok mindennapi terheit.

Aggályosnak tartjuk a kábítószer-fogyasztás, kereskedelem és "népszerűsítés" tilalmának alkotmányba foglalását. A büntetőjogi szabályozás további szigorítását nem tartjuk indokoltnak, hiszen a rendőrség, amennyiben megfelelő forrásokat biztosítanak számára, a jelenlegi jogi környezetben is képes lenne fellépni a droggereskedelemmel szemben. Félok, hogy a "népszerűsítés" tilalma végképp korlátozni fogja a korszerű drogprevenciós és ártalomcsökkentő programok működését, súlyosítani fogja a szerhasználók megbélyegzését, ami a szakirodalom szerint a kezelésbe lépés egyik legfőbb akadálya.

Arra kérjük a Kormányt, hogy

- állítsa helyre a párbeszédet a szakmai szervezetekkel, és vonja be őket transzparens módon drogpolitikája előkészítésébe; a párbeszéd korábbi platformját, a Kábítószerügyi Tanácsot már hosszú évek óta nem hívta össze az illetékes kormányzati szerv;
- a szakma bevonásával készítsen elő egy átfogó, kiegyensúlyozott, bizonyítékalapú válaszleépéseket elősegítő nemzeti drogstratégiát, miután

az előző drogstratégia immár öt éve, 2020-ban lejárt;

- biztosítson kézzelfogható, a probléma nagyságrendjének kezelésével arányban álló forrásokat a drogproblémák megelőzésén és kezelésén dolgozó szervezetek számára tevékenységeik helyreállítására, infrastrukturális és módszertani fejlesztésére, miután az elmúlt több mint egy évtizedben a drogprobléma kezelésére fordított fejlesztési források gyakorlatilag eltűntek;
- hozzon létre egy új nemzeti drogkoordinációt, amely a probléma nagyságrendjéhez és összetettségéhez illeszkedően tud reagálni az új és már régóta jelenlévő kihívásokra;
- alakítsa ki és működtesse az iskolai prevenció minisztériumi engedélyezésének rendszerét, a 2021-es szabályozással összhangban, mivel ennek hiányában ma már a diákok jelentős része nem részesül drogprevencióban;
- vizsgálja felül az elterelést szabályozó rendeletet, az EMMI által finanszírozott „Az elterelés keretében végzett megelőző-felvilágosító szolgáltatás tartalmának és közvetlen hatásainak vizsgálata” – című, az ELTE által készített kutatás eredményeként megfogalmazott szakmai javaslatok figyelembevételével;
- a MAT korábbi szakmai javaslatai, valamint a részben erre épülő, minisztérium által támogatott pilot program tapasztalatai alapján indítsanak átfogó beavatkozásokat a szegregátumokban történő szerhasználati problémák kezelésére.

Ahogy ezt már korábban is jeleztük, Társaságunk készséggel rendelkezésre bocsátja szakmai kompetenciáit a probléma kezelése érdekében.

Tisztelettel és üdvözléssel:

Magyar Addiktológiai Társaság elnöksége

## HIVATKOZÁSOK

Magyar Addiktológiai Társaság (2025) A Magyar Addiktológiai Társaság álláspontja a kormány drogellenes kampányáról. <http://www.mat.org.hu/index.php?id=34&hirid=170>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József  
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;  
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 07.  
Elfogadva: 2025. 04. 07.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

**SZAKMAI HÍREK**

## Rövid hírek a nagyvilágból és kishazánkból

*Short news from around the world and our homeland*

**Szerző:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.19181](#)

**Kulcsszavak:** megelőzés; egészségügy; jóléti gazdaság; WHO  
**Keywords:** prevention; healthcare; wellbeing economy; WHO

### A WHO/Európa gyors eredményeket állapít meg a nem fertőző betegségek megelőzése terén

*Az új iránymutatás kiemeli azokat a beavatkozásokat, amelyek egyetlen politikai cikluson belül mérhető egészségügyi hatást érnek el*

A WHO/Európa [új dokumentuma](#) 25 olyan bizonyítottan költséghatékony beavatkozást – vagy „gyorssegélyt” – mutat be, amelyek öt éven belül jelentősen csökkenthetik a nem fertőző betegségek (NCD-k) terhét. A gyorsan sikeres beavatkozások (quick buys) olyan fő kockázati tényezőket céloznak meg, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a helytelen táplálkozás. A beavatkozásokat úgy alakították ki, hogy a politikai döntéshozók rövid politikai időtávon belül eredményeket érjenek el, miközben felgyorsítják a fenntartható fejlődési célok felé történő haladást.

A javasolt bizonyítékokon alapuló, költséghatékony beavatkozások öt éven belül a népegészségügyre mérhető hatásúak. Kiválasztásukhoz a szerzők 49, korábban költséghatékosnak minősített beavatkozást (20 000 US\$-nál kevesebb összegből elhárított egészséges életévvesztés)

elemeztek. A bizonyítékok szigorú hierarchiáját alkalmazták, beleértve a Cochrane- és a szisztematikus áttekintéseket, majd megbecsülték az egyes beavatkozások hatását az országok által elfogadott globális célokhoz képest.

---

### Egészségügyi helyzetkép Európai Unió kontextusban – problémák, megoldási lehetőségek, prioritások

*A [Ferge Zsuzsa szakmai örökségének nyomában szabadegyetem](#) 2025 április 24-i eseményén az előadók Orosz Éva és Dózsa Csaba voltak*

Az előadásokra a társrendező Fővárosi Szabó Ervin Könyvtár díszes Ötpacsirta Szalonjában került sor. A szabadegyetem alapítói emlékezést követően Orosz Éva egészségügyi közgazdász, az ELTE emeritus professzora, MTA doktor „Diagnózis a magyar egészségügyről – Európai Unió kontextusban” adott elő. Az előadó két tézise a következő volt: (1) A felzárkózás kudarcra járt, mert a magyar egészségügy leszakadó pályára sodródott nemcsak a fejlett EU országokhoz, hanem a többi Visegrádi országhoz és az EU10 (többi poszt-socialista ország) átlagához képest is az egészségügyi közkiadások, valamint

a népesség egészségi állapota számos alapvető jellemzőjét tekintve; (2) Az egészségügyi rendszerváltás is kudarccal járt: bár az 1989-1993 időszakban alapvetően átalakult az irányítás és finanszírozás makrostruktúrája, de a 1995-2010 években folyó reformfolyamat (alapvetően gazdasági okok miatt) megtorpant, kezdeti eredményei erodálódtak, deformálódtak, továbbá megszorító és feszültségenyhítő intézkedések sorozata 2010 után radikálisan felszámolta (alapvetően politikai okok miatt) a rendszerváltáskor célul tűzött intézményi modellnek még meglévő elemeit, sőt, visszaállította a központi utasításokon alapuló irányítási rendszert.

Az előadó állításainak adatokkal való igazolását követően hosszan sorolta a kudarcait:

- a kormányzati prioritás hiánya (rövidtávú hatalmi érdekek; az egészségügy szerepére vonatkozó téves szemlélet);
- más alrendszerek (államháztartás, közigazgatás) prioritásai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait;
- kedvezőtlen gazdasági mozgástér (kevés időszaktól eltekintve): válságok és költségvetési konszolidációk sorozata; stop-go költségvetési politika;
- a kormányzat és az ellenzék közötti „politikai árkok” ellehetetlenítették a kormányzati ciklusokon átívelő stratégiák kialakulását;
- elégséges szakmai és/vagy társadalmi támogatottság (kormányzat iránti bizalom) hiánya;
- az államigazgatás (egészségügyi igazgatás) alacsony színvonala; a hatékony szakigazgatás kialakítására irányuló törekvések hiánya;
- harc a kormányzaton belül (EüM és más kormányzati egység között); fő elvárás: az egészségügyi rendszeren belüli „béke” fenntartása;
- az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonala;

- a hatékony szakigazgatás kialakítására irányuló törekvések gyengesége;
- a megvalósításnak kevés esetben volt csak megfelelő ágense (felelős menedzsmentje); a hosszabb periódust igénylő változáshoz hiányoztak az intézményi keretek;
- az új struktúrák mögött nem alakult ki erős „lobbi”; szakmai szervezetek, szakszervezetek, civil szervezetek gyengesége;
- az egészségügyön belüli konfliktusos érdekviszonyok; az érdekek egyeztetését szolgáló intézményi keretek és kultúra hiánya;
- a társadalom különböző csoportjainak tájékoztatására, meggyőzésére irányuló stratégiák, lépések hiánya / hatástalansága;
- piaci folyamatok (beleértve: szürke gazdaság, korrupció / hálapénz) hatása a tényleges folyamatokra.

Az előadó szerint a kudarc következménye egy krónikus válság, melyet így illusztrált „A 2015-2019 közötti 5 éves időszakban Magyarországon az elkerülhető (megelőzhető vagy kezelhető) halálozások száma összesen 234 ezer volt. Ha az elkerülhető halálozásban elértük volna *Csehország* színvonalát, akkor kb. 86 ezerrel (37%-kal) kevesebben, ha elértük volna *Lengyelország* színvonalát, akkor kb. 72 ezerrel (31%-kal) kevesebben, ha elértük volna a három legjobb helyzetű ország (*Spanyolország, Olaszország és Svédország*) átlagát, akkor kb. 149 ezerrel (64%-kal) kevesebben haltak volna meg.”

A második előadó, Dr. habil. Dózsa Csaba László, egészségügyi közgazdász, Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar docense, a Főpolgármesteri Hivatal egészségpolitikai szakértője, „A hazai egészségügy modernizációja és finanszírozása kitörési pontok – Szakápolási központoktól az ápolásbiztosításig” című előadásában az egészségügy néhány pontján „mélyfúrást”

végzett, vagyis három kiemelt problémát elemzett részletesebben: (1) Egészségpolitikai és demográfiai kihívások a hazai egészségügyben, (2) Kitorési irányok jó gyakorlatok az elmúlt 20 évből és (3) Ageing – az idősödés kihívásai és lehetőségei: a szakápolási központoktól az ápolásbiztosításig.

Felhívta a figyelmet, hogy az ismert demográfiai folyamatok következtében néhány éven belül hatalmasra nőnek az időskori ellátási szükségletek, amelyek kielégítése rendkívüli előkészületek szükségesek.

Bemutatott néhány sikeres ellátórendszer érintő fejlesztést, például mint az egynapos sebészeti programot, a kúra-szerű ellátások bevezetését, vagy a nappali kórházak kialakítását.

Rámutatott arra is, hogy a jelenlegi ellátási rendszerben a megelőzhető kórházi felvételek aránya nemzetközi összehasonlításban magas. Emiatt szükség lenne az időközben megrekedt fejlesztések olyan módon történő folytatására és innovációra, melynek során egyaránt figyelembe veszik az esélyegyenlőség, a minőség és hatékonyság szempontjait. A fejlesztések megvalósításnak így a prevenciótól, a betegút-menedzsmenten keresztül egészen a monitoringig kellene terjednie.

Végül az otthoni ellátások példáján mutatta be, hogyan kellene az említett három szempontot figyelembe véve megvalósítani az egészségügyi és szociális ellátások és szolgáltatások integrálását.

## Elérhető a jóléti gazdaság?

*Az EuroHealthNet Magazin jóléti gazdaságról jelentett meg különszámot*

A magyarul is olvasható, szabadon hozzáférhető, elektronikus lap új száma az alábbi címen közöl informatív írásokat:

- „A sznobizmus elhallgattatta”: a kila-koltatástól a kormányzati politika befolyásolásáig, egyetlen ember küzdelme a strukturális egyenlőtlenségek leleplezéséért.
- A jó alvás elengedhetetlen a jó egészséghez és a mindenki számára méltányosabb eredményekhez.
- Hogyan Izland jóléti politikája lehetne példakép Európa számára?
- „Muszáj volt túllépnem rajta” – az anyák a munka, a család és a mentális egészség rejtett terheiről beszélnek.
- „Mindannyiunknak van önrendelkezése és befolyása mind a szakmai, mind a magánéletünkben. Itt az ideje cselekedni”.
- Itt az ideje a jóléti gazdaságnak, mivel a finn közgazdász arra ösztönzi az EU-t, hogy gondolja újra a növekedést és az egyenlőtlenséget.
- „A hármas bolygóválság közepette a remény az emberiség alkotóképességében rejlik”.
- Klímavédelem az egészségügyi szektorban: az egészséges jövőért és a társadalmi igazságosságért.
- Játék, felkészülés, boldogulás: hogyan szolgál nagy győzelmeket a tömegsport az egészségünk és a jóléti gazdaság számára.



## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József  
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;  
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 05. 15.  
Elfogadva: 2025. 05. 16.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 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:** [Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület](#)

**Kulcsszavak:** népegészségügy; Egészségfejlesztő Egyetem, élelmiszer-marketing

**Keywords:** public health; Health Promoting Universities; food marketing

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

### Az Egyesület küldetése

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

### TEGYÜNK EGYÜTT A NÉPEGÉSZSÉGÜGY MEGÚJÍTÁSÁÉRT!

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

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

## EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ EGYETEM

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

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

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

és az eredményt bemutató közleményt áprilisban benyújtották a Journal of American College Health folyóirathoz. A kézirat benyújtását követően a hazai felmérés kéreővének kidolgozását kezdték meg.

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

## KEZDEMÉNYEZÉS A GYERMEKEKET CÉLZÓ ÉLELMISZER-MARKETING KORLÁTOZÁSÁÉRT

A gyermekkori elhízás súlyos népegészségügyi probléma, amelynek messzemenő következményei vannak. A túlsúlyos vagy elhízott gyermekeknél magasabb a rossz egészségi állapot kockázata, és ez a hatás felnőttkorban is megmarad. Ezen kívül a gyermekkori elhízás gyakran jár együtt pszichoszociális problémákkal, például alacsony önbecsüléssel, zaklatással és gyenge iskolai teljesítéssel, ami a későbbi életkorban potenciálisan súlyosbíthatja az egyén egészségét és gazdasági helyzetét.

Egy 2022-es felmérés szerint minden negyedik magyar 15 éves serdülő túlsúlyos vagy elhízott volt, és ezzel az értékkel Magyarország a 27 EU ország között hátulról a 7. helyre került. A súlytöbblettel élő fiatalok aránya 2018-as előző felmérés óta megemelkedett.

A fejlett országokban számos, az elhízás elleni küzdelemre irányuló szakpolitika kifejezetten a gyermekeket célozza meg. Ezek közé tartozik az élelmiszerek és italok reklámozásának korlátozása, az iskolai wellness- és oktatási programok, az egészségre kockázatos ételek elérhetőségének csökkentése az iskolákban, és az iskolába való aktív közlekedést ösztönző vagy lehetővé tevő szakpolitikák. Más, tágabb értelemben vett szakpolitikák, mint például a figyelmeztető címkék, az árakba

történő beavatkozások és a tömegmédiakampányok, szintén hozzájárulhatnak a gyermekkori elhízás elleni küzdelemhez.

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület olyan kezdeményezést indít, aminek célja a gyermekeket célzó, egészséget kockáztató élelmiszerek marketingjének szabályozását szigorítani. A megvalósításhoz felhasználható a WHO Európai Irodája által a betegségek megelőzésének és az egészség előmozdításának céljából összeállított tápanyagprofil-lista. A lista tulajdonképpen az élelmiszerek tápanyag-összetétel kockázat szerinti osztályozása. A hazai kezdeményezés időszerűségét jelzi, hogy a német parlament törvényjavaslatot készít elő a gyermeket célzó élelmiszerreklámok korlátozására éppen a tápanyagprofil-lista alapján.

A kezdeményezés időzítését igazolja, hogy 2024 végén tette közzé a WHO Európai Irodája [„A gyermekek védelme az egészségtelen élelmiszerek forgalmazásától a WHO Európai Régiójában. Útmutató a tagállamok számára a jogalkotási válaszlépések megtervezéséhez”](#) c. kiadványát, amely kiváló alapot kínál a magyarországi cselekvéseknek.

A kezdeményezés első lépéseként a MEJ Café programsorozat keretében

online kerekasztal-beszélgetést szerveztünk március elején, amelyen felkért szakértők vitatták meg a jelenlegi helyzetet és a legsürgetőbb teendőket.

A résztvevő szakemberek: Antal Emese dietetikus, szociológus, a TÉT Platform szakmai vezetője, Berezvai Zombor egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, Fazekas Ildikó az Önszabályozó Reklám Testület Igazgatója, a TÉT Platform elnöke, Schmidt Judit dietetikus, egészségügyi szaktanárné, MEJ alapító olvasószerkesztő, a beszélgetést Vitrai József MEJ alapító főszerkesztő moderálta. A beszélgetés [összefoglalója](#) ebben a lapszámban olvasható.

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

## HOGYAN CSATLAKOZHAT EGYESÜLETÜNKHÖZ?

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület  
Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Budapest  
[nepegeszsegugy3.0@gmail.com](mailto:nepegeszsegugy3.0@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 05. 15.  
Elfogadva: 2025. 05. 16.  
Megjelentetve: 2025. 05. 26.

Copyright © 2025 Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.