



2025. 3. évfolyam 3. szám

MULTIDISZCIPLINÁRIS
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT



TARTALOM

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

MEJ lapajánló - 2025. 3. szám	1
-------------------------------------	---

BESZÉLGETÉSEK

MEJ Café kerekasztal a jólétről	4
---	---

VIZSGÁLATOK

Magyar n��peg��szs��gyi közlemények nemzetközi ��szehasonl��tásban	15
---	----

RECENZ  K

A 2024-es Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (ESPAD) nemzetközi gyorsjelentés főbb megállapításai	27
Szakdokumentum: Európai Kábítószer-jelent��s 2025	31
Szakdokumentum: A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségeinek változása Magyarors��gon	35
Cikkismert��t��s: A szerhasználat nem választás, hanem létstratégia	39
Cikkismert��t��s: A gyermek-k��z��tk��zt��t��s komplex képének vizsgálata	44
Cikkismert��t��s: Meg��l��z��s közösen - Hatékony modellek a szív- és érrendszeri kockázatok csökkentésére	49
Cikkismert��t��s: A változáselmélet alkalmazása a mentális betegségekkel élők közösségi gondozásának kialakításában	54
Cikkismert��t��s: A jóllét mérésének és fejlesztésének multidiszciplináris keretrendszer��	64

MÁSODKÖZLÉSEK

Másodközlés: A nem bináris nemi hovatartozás orvosi megítélésének szakirodalmi áttekintése ...	68
---	----

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Világjelentés az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőiről. Vezetői ��sszefoglal��	85
Fordítás: Egészségügyi adók az EU szemszögéből - végleges jelent��s. Vezetői ��sszefoglal��	101
Fordítás: Boldogság világjelentés 2025. Vezetői ��sszefoglal��.....	108

SZAKMAI HÍREK

��Biciklivel Kortalanul Magyarors��g�� - Egy d��n társadalmi innováció magyarors��gi bevezetése	114
Rövid hírek a nagyvilágból és kishaz��nkb��l	119
Népegészségügy 3.0 - A Magyar Népegészségügy Meg��j��t��s��ert Egyesület teves��kenys��gei	124

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

MEJ lapajánló - 2025. 3. szám

Journal review - issue 3 2025

Üdvözljük a Multidiszciplináris Egészség és Jólét legújabb lapszámának olvasói között, amely a jólét, az egészség-egyenlőtlenségek és a prevenció izgalmas kérdéseit járja körül, miközben a magyar egészségügy helyzetét is górcső alá veszi.

Tudományos. Sokszínű. Független.

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

A jólét és a szakpolitika metszéspontjai

Mi az, hogy jólét? [MEJ Café kerekasztal](#) beszélgetésünkön az ország vezető szakértőivel kerestük a meghatározást erre a sokat emlegetett, mégis nehezen megfogható fogalomra, és arra, hogyan lehetne nagyobb teret adni a témának a hazai

népegészségügyben. Bemutatunk továbbá egy másik tanulmányt, ami megdöbbentő adatokkal szolgál az egészség-egyenlőtlenségekről: a [várható élettartam jövedelem szerinti különbségei Magyarországon](#) nemhogy csökkentek volna az elmúlt 30 évben, hanem a nők körében kifejezetten nőttek.

Globális és hazai kitekintés

A folyóiratban bemutatunk két fontos nemzetközi jelentést is. A 2024-es [Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról \(ESPAD\)](#) gyorsjelentése és az [Európai Kábítószer-jelentés 2025](#) is értékes betekintést nyújt a fiatalok szerhasználati szokásaiba, valamint a kábítószerpiac legújabb trendjeibe. Ezek a jelentések alapvető fontosságúak a döntéshozók és a szakemberek számára, és segítik a hatékony beavatkozások kidolgozását.

Emellett a lapszámban két fontos, a globális egészségügyi kihívásokra fókuszáló fordítás is szerepel. Az egyik a [Világ-jelentés az egészségmértányosság társadalmi meghatározó tényezőiről](#) című alapvető népegészségügyi dokumentumot ismerteti, a másik pedig az [Egészségügyi adók az EU szemszögéből – végleges jelentés](#) vezetői összefoglalóját mutatja be, amely többek között a cukrozott üdítőitalokra kivetett adók lehetséges hatásait vizsgálja.

Nem maradhat ki a képből a gyermekek közétkeztetésének témája sem. Egy, a lapunkban ismertetett tanulmányban arról olvashatnak, hogy a gyermekek nem csupán az ízt, hanem az étkezési körülményeket is figyelembe veszik, amikor az iskolai ebédéről van szó. A [gyermek-közétkeztetés komplex képének vizsgálata](#) című közlemény rávilágít arra, hogy a zsúfoltság és a hangzavar éppúgy befolyásolja az elégedettséget, mint az ételek minősége.

Új perspektívák a prevencióban és a gondozásban

Az egészséget érintő problémák gyökerei mélyen rejtőznek. A [szerhasználat nem választás, hanem létstratégia](#) című cikk ismertetés megrázó képet fest arról, hogy a szerhasználati viselkedést nem az egyéni döntések, hanem a társadalmi-strukturális helyzet határozza meg, különösen a vidéki szegregátumokban élők esetében. De van remény! A [Megelőzés közösen](#) című tanulmány rámutat arra, hogy a közösségi alapú prevenciós programok, a helyi igényekre szabott beavatkozások és az interszektorális együttműködés kulcsfontosságú lehet a szív- és érrendszeri betegségek kockázatainak csökkentésében. A [mentális betegségekkel élők közösségi gondozásának](#) hatékonyabbá tételére is találhatunk megoldást. A megfelelő módszertani segítség példaértékűen felgyorsíthatja a fejlesztési projektek implementációját.

A láthatatlan csoportok egészsége és a remény ereje

A magyar [népegészségügyi tudományos közlemények nemzetközi láthatósága](#) kritikus képet mutat. A vizsgált visegrádi országok közül Magyarország szerepelt a sereghajtók között a publikációk számában és idézettségében is, ami komoly gondolkodnivalót ad a szakma számára.

Végezetül, de nem utolsósorban, egy rendkívül fontos, a hazai diskurzusból gyakran hiányzó téma is teret kap. A [nem bináris nemi hovatartozás orvosi megítélésének szakirodalmi áttekintése](#) rávilágít arra, hogy a transznemű és nem bináris személyek testi és lelki egészsége alig kutatott terület hazánkban, ami különösen veszélyeztetetté teszi ezt a rejtőzködő csoportot. A lapot egy szívmengető kezdeményezés zárja: a ["Biciklivel Kortalanul Magyarország"](#). Ez a program nem csupán biciklitúrákat szervez idősek számára, hanem hidat épít a generációk és az emberek között, megmutatva, hogy az élet 70, 80 vagy 90 felett is lehet tartalmas és örömteli.

MEJ podcast

Hallgassa meg podcast beszélgetéseinket is! Interjúink olyan kiemelkedő hazai szakemberekkel készültek, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk mégis szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jólléthez. 9 beszélgetés már meghallgatható a youtube csatornánkon: [»MEJ podcast«](#)

Legyen a támogatónk!

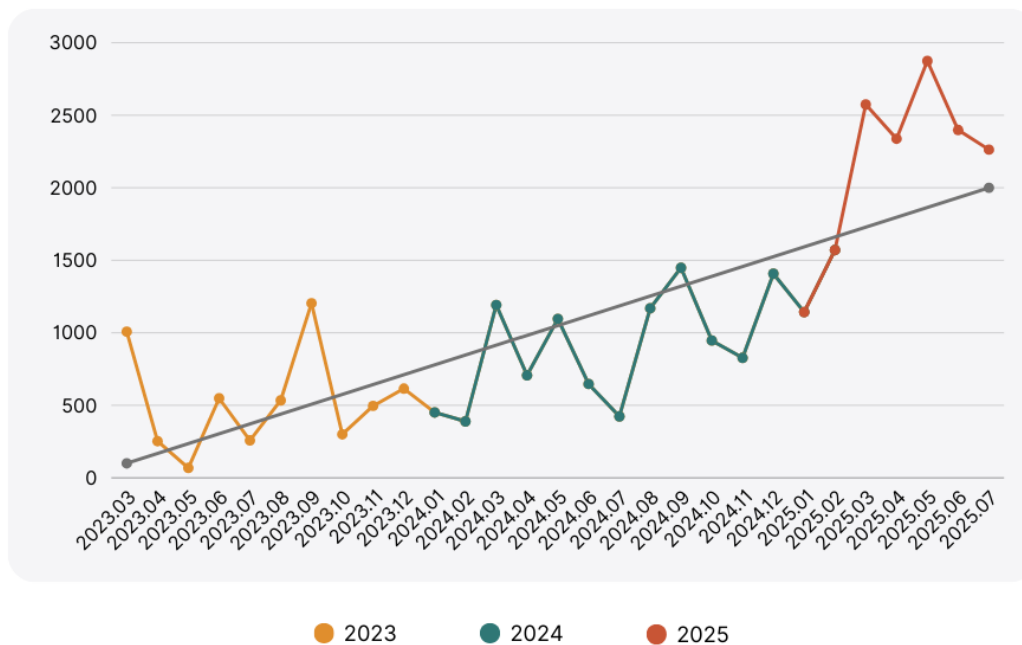
Ha Ön is fontosnak tartja a független és hiteles tudományos tájékoztatást, kérjük, csatlakozzon támogatóink sorához. Az adományokat a folyóiratmegjelentetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működésének biztosítása mellett arra fordítjuk, hogy ez az innováció minél többekhez eljusson a közösségi média felületein is. Részletek a támogatási lehetőségekről: [»Támogatás«](#)

Kövesse [Facebook](#) és [LinkedIn](#) oldalunkat és iratkozzon fel [YouTube](#) csatornánkra! Adjon nekünk visszajelzést és lapozza át újra a MEJ korábbi lapszámait!

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

Absztraktok havi olvasottsága

Forrás: Open Journal System
(2025.08.01)



BESZÉLGETÉSEK

MEJ Café kerekasztal a jóllétről

MEJ Café roundtable discussion on wellbeing

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19844](https://doi.org/10.58701/mej.19844)

Kulcsszavak: jóllét; pszichológia; közösség

Keywords: wellbeing; psychology; community

Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm a kerekasztal résztvevőit, és köszönöm, hogy elfogadtátok a felkérést! Az a kérésem, hogy röviden mutassátok be azt a szakmai hátteret, ami felkészített benneteket egy ilyen beszélgetésre.

Pikó Bettina (P. B.): Én is szeretettel köszöntök mindenkit! Pikó Bettina vagyok, eredetileg orvos végzettségű, de később a pszichológia felé fordultam. Ma inkább azt lehet mondani, hogy pszichológus és magatartáskutató vagyok, de mivel az eredeti szakmám a népegészségügy, a népegészségtan, ez is nagyon közel áll hozzám, hiszen ezek a dolgok össze is függenek egymással. Oktatással, kutatással foglalkozom, a Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézetében vagyok egyetemi tanár. Főleg magatartástudományi tárgyakat oktatok – orvosi antropológia, káros szenvedélyek, bevezetés az orvostudományba –, de mivel szociológus végzettségem is van egészségpszichológia kurzust is vezetek. A kutatási területem pedig nagyon szerteágazó a doktoranduszaim érdeklődésétől is függően, de a viselkedési addikciók, a magatartás mindig kiemelt szerepet töltött be a szakmámban.

Gács Boróka (G. B.): Szeretettel köszöntök én is mindenkit! Gács Boróka vagyok, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Magatartástudományi Intézetében dolgozom. Végzettségemet tekintve tanácsadó szakpszichológus vagyok. Az intézetben oktatóként, kutatóként, illetve a Pszichológiai Tanácsadó Szolgálat szakmai vezetőjeként is dolgozom. Oktatásban főleg orvosi pszichológiát, egészségpszichológiát és egyéb, pszichológiát érintő tárgyakat oktatok az orvostanhallgatók számára. A kutatási területem pedig szintén szerteágazó, sok minden függvényében alakul. Ami a leginkább hangsúlyos az elmúlt években, az kapcsolódik a tanácsadó szolgálatban végzett munkámhoz is, hiszen az egészségügyi dolgozók, orvostanhallgatók mentális jóllétét, mentális egészségét kutatjuk. Ezen belül is ami a legnagyobb hangsúlyt kapja, az a kiégés, illetve a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar megjelenése az ő körükben.

Kiss István (K. I.): Én is üdvözlök mindenkit! Kis István vagyok, szintén Pécsről, az Orvosi Népegészségtani Intézet igazgatója, illetve ezen felül a kari, úgynevezett YourLife@ÁOK egészségprogram vezetője. Utóbbival ugyanaz a célunk, hogy

próbálunk a kar oktatóinak és dolgozóinak minden lehetőséget megteremteni, hogy egészségesen élhessenek, és ez nyilván majd szorosan kapcsolódni fog a beszélgetésünkhöz. Az utóbbi időben a klasszikus megelőző orvostan mellett egyre többet igyekszem foglalkozni életmód-orvostannal, életmódprevencióval. Részt vettem az életmódorvostan és életmód-prevenciós licenszvizsga kidolgozásában. Amellett, hogy még foglalkozom mindenféle molekuláris és prevenciós dolgokkal, azért újabban az időm nagyobb részét teszi ki a különböző egészségfejlesztési programok tervezése, végrehajtása, illetve az egészséggel és a jólléttel kapcsolatos kutatások koordinálása itt az intézetben.

Lippai László (L. L.): Köszönöm szépen én is a szót, szeretettel köszöntök mindenkit! Én a Szegedi Tudományegyetemen a Juhász Gyula Pedagógusképző Karon az Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelési Intézetben dolgozom. Alapvégzettségemet tekintve pszichológus vagyok, én is tanácsadó szakpszichológus irányba mentem tovább, illetve a tevékenységi köröm részben az intézet képzési programjához kapcsolódik: rekreációs-szervezés és egészségfejlesztés szakon, illetve a mentálhigiénés közösség és kapcsolatépítő mesterszakon dolgozom. Utóbbinak a szakfelelőse is vagyok, illetve intézetünkben működik az az egészségfejlesztő mentálhigiéné posztgraduális képzés, ahol szintén oktatok, és az intézet egészségfejlesztési hagyománya is eléggé meghatározza azt, hogy az egészséggel, illetve a jólléttel milyen szemszögből foglalkozom. Nagy örömünkre szolgált, hogy az elmúlt néhány évben ezt egy kutatócsoport keretében is meg tudtuk tenni, az MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport keretében, így kapcsolódtam ehhez a beszélgetéshez is.

V. J.: Köszönöm szépen! Azzal kezdeném, hogy a jóllét kifejezés a Pubmed-ben exponenciálisan növekszik: a 2000-es évek elején háromszoros volt a növekedés

10 év alatt, az utóbbi 10 évben pedig hetvenötszörös. Ez is arra utal, hogy a jóllét fogalmát egyre gyakrabban használják. Az lenne az első kérdésem, hogy mit gondoltok, mi magyarázza azt, hogy a jóllét a népegészségügy fókuszába került?

K. I.: Egy vagy két szempontot hadd vessek fel, és majd utána tudunk erről vitatkozni, beszélgetni. Az, hogy

az utóbbi időben egyre inkább felismerték, és kétségtelen bizonyítékok vannak arra, hogy a jóllét, a szubjektív jóllét, a szubjektív egészség nagyon erős kapcsolatban van az élettartással, a krónikus nem fertőző betegségekkel, mint például a kardiovaszkuláris betegségekkel,

és nem csak úgy, ahogy korábban gondoltuk, hogy nyilván, akinek súlyos betegsége van, annak rosszabb a szubjektív egészsége, hanem fordítva is. Tehát a szubjektív egészség oki tényezőként merül fel a kardiovaszkuláris és sok más egészségkockázat tekintetében. A vállalati szektor például ezt nagyon jól felismerte, és rengeteget költenek jólléti programokra abból a felismerésből, hogy ez nekik kifejezett gazdasági előnyöket is hoz. Az, hogy a jóllét fontos dolog, azt nagyon régóta tudjuk. Ha csak a WHO klasszikus egészség definícióját nézzük: a teljes fizikai, mentális és szociális jóllétet. De hiába definiálták ezt már 1948-ban, nem nagyon volt lehetőség arra, hogy olyan aspektusokkal foglalkozzunk, amelyek ténylegesen a jóllétet vizsgálják, maradtunk általában a testi egészségnél. Aztán nagy nehezen átdöcögünk a mentális egészség vonatkozására is, de hogy ezt komplexen szemléljük, arra tulajdonképpen azt hiszem, hogy ma van lehetőség, ez a másik szempont. Aztán ráadásul annyi minden dolog történt, a Covid-19 járvány például megint egy új aspektust hozott, aztán pedig az, hogy a digitális technológiák megjelentek. Megjelent a jóllétnek egy digitális oldala, és ez

most már egy aktuális kérdés. Tehát most jutottunk el odáig, hogy lehetőségünk és szükségünk van arra, hogy ezzel foglalkozzunk.

V. J.: Értem, a többiek mit gondolnak?

G. B.: Nekem István gondolataihoz kapcsolódva egy olyan párhuzam jutott még eszembe, hogy ahogyan az orvoslásban az elmúlt években a biomedikális megközelítést elkezdte leváltani a biopszichoszociális megközelítés, aztán az elmúlt évtizedben már ezt is meghaladva a biopszicho-szocio-spirituális megközelítés az, ami kezdi átvenni a hatalmat az elméleti megközelítésben, az kapcsolható ahhoz is, hogy a jóllét és ennek a nagyon tág fogalomrendszere egyre nagyobb hangsúlyt kap. Ez is azt támasztja alá, hogy

egészségesnek lenni az nem pusztán annyit tesz, hogy valaki nem beteg, hanem ennél sokkal-sokkal több. Ez olyan aspektus, ami hozzájárul nemcsak a személyes, szubjektív jólléthez, de egyfajta színesebb, kollektívebb társadalmi szinten értelmezhető jólléthez is.

P. B.: Én szintén kapcsolódnék egy kicsit Istvánhoz azzal a gondolattal, hogy a társadalom mennyire meghatározó abban, hogy hogyan viszonyulunk a jólléthez. Fogyasztói társadalomban élünk, és ez magába foglalja azt, hogy jól akarjuk érezni magunkat, tehát a jóllét érzése ezért is értékelődött fel. Közben van egy csomó betegség, új fajták is, amelyek jelentősen befolyásolják ezt, de még itt is megjelenik az, amit a WHO hangsúlyoz: a betegek egészsége, a betegek jólléte, életminősége. Ilyen értelemben azt hiszem, hogy ha magát a jóllétet szeretnénk meghatározni, az valahogy az életminőséghez kapcsolódik. Ahhoz, hogy hogyan tudok funkcionálni a mindennapokban, még ha van is valami betegségem, jól akarom érezni magam. Szerintem a fogyasztói társadalom egy pozitívumának tekinthető

– sok más problémája mellett –, hogy ez felértékelődött. Az is eszembe jutott, hogy a jólét és a jóllét úgy keveredik, hogy sokszor nem is tudjuk, hogy a *wellbeing*-et hogyan fordítsuk. Most már talán szakmai szempontból egyértelmű, hogy a *wellfare* a jólét, és a jóllét a *wellbeing*. Ezek nem feltétlenül kapcsolódnak egymáshoz, de valamennyire azért igen. Ami még eszembe jut, az a Maslow-piramis. Hogy tulajdonképpen mikor foglalkozunk a jóllétünkkel? Nem azt mondom, hogy csak akkor, amikor megvan mindenünk, de azért nem kell már a szükségletekről gondoskodni, és így előtérbe kerül az, hogy jól akarjuk érezni magunkat.

L. L.: Én onnan folytatnám, ahol Bettina talán abbahagyta. Egyrészt visszanyarodnék az egészség fogalmához, az egészség kérdéséhez, akár az egészségfejlesztés vonatkozásában is. 1986-ban egy nemzetközi konferencián, az Ottawai Charta-ban megpróbáltak egy nézőpontváltást, vagy szemléletmódváltást elérni az egészségügy vonatkozásában – amire István is utalt –, akár a preventív orvoslás vagy egyéb kérdések vonatkozásában. Ezzel kapcsolatban én azt emelném ki, hogy az egészség az nem csak az egészségügyi ellátórendszer felelőssége, hanem a mindennapi életünket is érinti. Az, hogy a társadalomban milyen életmódot folytatunk, milyen gazdasági lehetőségek között élünk, az mind kihatással van az egészséges életvéveinkre és az életkilátásainkra is. A kérdés az, hogy milyen módon tudunk-e ezzel társadalmi szinten, tudatosabban foglalkozni. Valahogy innen indult az egészségfejlesztés gondolatmenete – talán már többedjére –, de nyilván ez most egy félrevivő történet lenne, egy mellékszál. Az eredeti kérdésedre, hogy miért kerül elő a jóllét, arra szerintem arra az lehet az egyik válasz, hogy azért, mert ezt a kérdést nem könnyű társadalmi szinten képviselni, az egészségeségek tudatosabb kezelését a mindennapi életbe beépíteni. Én mostanában sokszor úgy látom, hogy akár WHO részéről

is a jólét fogalmának használata egy kísérlet arra, hogy azt az eredeti ottawai elképzelést, hogy az egészség nemcsak az egészségügy felelőssége, hanem mindannyiunké, valamilyen módon egy foghatóbb, vehetőbb, érthetőbb formában képviselje a társadalom felé, vagy az egészségről szóló társadalmi vitában.

V. J.: Többetek a hozzászólásában érintette már azt a problémát, hogy a jólét fogalmának a meghatározása eléggé bizonytalan. Ezzel kapcsolatban azt a kérdést kellene körüljárnunk, hogy vajon hogyan lehet ezt megfogalmazni. Mi az a jólét?

P. B.: Nekem ami eszembe jut, az az öndeterminációs elmélet. Ennek kapcsán én úgy fogalmaznám meg, hogy egy optimális létezést jelent. Nem feltétlenül szuper jól kell, hogy érezzem magam, attól függ, hogy milyen helyzetben vagyok, tehát a helyzetemtől függően egy optimális létezés. Ugye úgy szoktuk mondani, hogy szubjektív jólét. Tehát mivel szubjektív, mindenki a maga mércéje szerint érzi jól magát, ha az általános jólétről beszélünk. Természetesen vannak specifikus jólét indikátorok is. Most éppen a tanári jólétet vizsgáljuk, például hogy a munkahelyemmel kapcsolatban hogyan érzem magam. Vannak tehát ilyen specifikus szempontok, de ha az általános jólétet nézem, akkor szerintem az szubjektív és optimális.

V. J.: Többször használtad azt a fogalmat, hogy „érzi magát”. Ez nem egy korlátozás, hogy a jólét az valamiféle érzés?

P. B.: Biztos, hogy egyfajta érzelmi benyomás, de sok más tényező is meghatározza. Kétségtelen, hogy van egy kognitív szintje is, hogy hogyan tudom magamat elhelyezni a környezetemben, de mindenképpen mint jólét, szerintem egyfajta érzésként jelenik meg.

V. J.: Többiek mit gondolnak?

K. I.: Nagyon bonyolult kérdés ez nyilvánvalóan. Igazából szerintem azért is nem mondhatjuk azt, hogy ez a jólét definíciója, mert attól függ, hogy milyen oldalról közelítjük meg. Pszichológusok beszélnek-e róla, orvosok beszélnek-e róla, szociológusok beszélnek-e róla, sőt gazdaságkutatók beszélnek-e róla.

Alapvetően én is azt gondolom, hogy annak ellenére, hogy nagyon sok teória van, végülis a szubjektív jólét a legerősebb dolog. Hogy én hogy gondolkodom magamról.

Persze már a szubjektív jólétet is boncolgatják, most a leggyakoribb felbontás az, hogy hogy ennek 3 fő komponense van. A *life satisfaction* (élettel való elégedettség – a szerk.), ami inkább kognitív, aztán a pozitív érzelmek megélése és a negatív érzelmek megélése. Illetve most már vannak javaslatok arra vonatkozóan is, hogy jóléti mutatókat használjunk, jóléti számításokat végezzünk. Van már a *WELLBY* index (*Wellbeing-Adjusted Life Year*; jólétben töltött évevek – a szerk.), ami tulajdonképpen a *DALY* (*Disability-Adjusted Life Year*; elvesztett egészséges évevek, ELÉV – a szerk.) és a *QALY* (*Quality-Adjusted Life Year*; jó minőségben töltött évekek – a szerk.) továbbfejlesztése, ami már kifejezetten a jólétet helyezi a középpontba. Ez lefordítható gazdasági nyelvre is, vagyis, hogy egy *WELLBY* pont nyereség mennyi pénzbe kerül, mennyi befektetéssel lehet ezt elérni, illetve, hogy mennyi hasznot hoz. Túl azon, hogy van ilyen, ezer más aspektusa is van még. Van az OECD-nek a *Better Life Index*-e, ami szintén valamiféle jóléti indikátor, 11 különböző dimenzióval, amibe a lakhatástól, a jövedelemtől kezdve, a szó szoros értelmében vett *life satisfaction*-ön át a *work-life balance*-ig (munka-magánélet egyensúly) minden benne van. Van a *PERMA* keret (a jólét PERMA modellje a *Positive emotions* (Pozitív érzelmek), *Engagement* (Elköteleződés), *Relationships* (Kapcsolatok), *Meaning* (Fontosság

érzése) és *Accomplishment* (Teljesítmény) elemekre épül, melyek együttesen alkotják a virágzó élet alapjait – a szerk.), ami már inkább pszichológia, erről nem is beszélnek sokat. Szóval nagyon sokféle lehetséges definíció van. Még annyit említenék, hogy a jóllétnek mostanában már a társadalmi aspektusai is előtérbe kerülnek. Tehát társadalmi jóllétről beszélünk, egy jólléti társadalomról, de nem a klasszikus, régi értelemben, hogy gazdag, hanem egy olyan társadalomról, ahol az emberek jól érzik magukat. Ez a WHO részéről abban nyilvánul meg, hogy globális jólléti és stratégiákat fogalmaz meg. Itt az igazságosság, a javak megfelelő elosztása stb. jelenik meg, illetve ahogy mondtam, például itt van a digitális jóllét, ami különösen a Z generáció és az Alfa generáció esetében nem hagyható ki. Szintén más és új nézőpont a planetáris jóllét, a *Planetary Wellbeing*, vagyis hogy az ember csak akkor érezheti jól magát, ha körülötte a környezet, a bolygó rendben van, beleértve az állatvilágot. Tehát nagyon sok aspektusból lehet ezt megfogni. A legegyszerűbb biztosan az, hogy egyszerűen azt mondom, hogy szubjektív jóllét, mindenki egy skálán mondja meg, hogy hogy érzi, hányasra tenné. De látható, hogy e mögött egy rettenetesen bonyolult kutatási háló szövevénye áll.

V. J.: Mielőtt a többiek még hozzászólnának, én úgy látom, hogy van két olyan dimenzió, amiben nincs teljes egyetértés. Ez az egyéni és közösségi szint, illetve, hogy szubjektív vagy objektív. Hiszen például a lakhatási viszonyok, az iskolázottsági viszonyok stb., amit egy OECD index mér, felvetik azt a lehetőséget is, hogy nem egyszerűen csak szubjektív megítélésről van szó.

G. B.: Több mindenhez is kapcsolódnék. Lehet, hogy a kérdésre kérdésekkel fogok válaszolni, de hangosan gondolkodom róla. Az egyik, Istvánhoz kapcsolódva, hogy én pszichológusként

azt látom, talán elfogultság nélkül, hogy a jóllét értelmezésében nagyon-nagyon nagy szerepet kap mostanában a mentális jóllét, talán az egyik legnagyobb szerepet.

Ha rákérünk a jólléti kutatásokra, akkor majdnem biztos, hogy az első 10 találatban nagy százalékban olyan kutatás lesz, ami mentális jóllétet mér. Az már egy következő kérdés, hogy ennek vajon mi az oka. Ezen belül a leggyakoribb megközelítés a jóllét értelmezésében, én is azt látom, hogy egyrészt a PERMA modell, a másik pedig Carol Ryff nagyon hasonló elmélete. Anélkül, hogy nagyon mélyen elemeznénk ezeket a modelleket, talán ami fontos, hogy mind a két modellben nagyon nagy szerepet kap a személyes fejlődés, az élet értelmének megtalálása, a személyes célok, a kapcsolódás másokkal, a saját autonómia, és ezek mind nagyon kapcsolódnak ahhoz, amit Bettina már említett, az öndeterminációs elmélethez. Lehet, hogy ha jóllét, és pszichológiai jóllét, akkor valahogy ez az énhatékonyság, a saját autonómiám, a saját kontroll érzetem, a kapcsolódásom és a kapcsolódás másokkal már átvezet a szociális jóllétbe, ami megkinyitja azt a kérdést, amit szintén említettetek, hogy a társadalomhoz, a közösséghez való tartozás szintjén hogyan jelenik meg a jóllét? Az életminőségnél pedig szerintem fontos az, hogy mikor tartozik a jóllét értelmezésébe talán attól függ, hogy ki kérdezi, hogy mi cél, hogy miért akarjuk a jóllétet mérni, vagy milyen perspektívában beszélünk róla. Ennek függvényében lehet az élet minősége, az objektív életminőség a része vagy éppen nem része.

L. L.: Nagyban tudok kapcsolódni ahhoz, ami eddig elhangzott. Egyrészt, ahogy a jóllétet mostanában sokszor emlegetjük, az tényleg a lelki egészség egyfajta pozitív tartományának vagy aspektusának a lefedését célozza vagy szolgálja. Én azonban arra a részre is utalnék, ahonnan a beszél-

getésünket elkezdjük. Arra, hogy az egészség ilyen szempontból nem feltétlenül csak az egészségügyi ellátórendszer felelőssége, hanem egy társadalmi kérdés. Nyilván valamilyen szinten társadalmi kérdés lehet az is, hogy akkor a jóllét kérdéskörével kapcsolatban mit lehet tenni. A pszichológiai megközelítések valahol az egyén felelősségét hangsúlyozzák, mintha ez egy nagyon egyéni kérdés lenne, és a kutatócsoporton belül is elkezdtünk abban gondolkodni, hogy az a sok tudományterület, amit István kiválóan felsorolt, azok között lehet-e valamiféle közös nevezőt teremteni. Hogy hogyan lehetne összehangolni akár a filozófiai, művészeti, orvostudományi, pszichológiai, szociológiai elképzeléseket a jóllétről, mert ezeken a területeken mind foglalkoznak vele, csak elkülönülten. Nekem az

az egyik alapfeltevésem, hogy a jólléttel nem feltétlenül azért kell foglalkozni mert van, hanem pontosan azért, mert nagyon sok embernek nincs, és hogy a jólléti fejlesztés irányában hogyan lehet bizonyos előrelépéseket tenni.

Ebből a szempontból mi megpróbáltunk egy jólléti metateóriát megfogalmazni, ahol mindazt a dilemmát, hogy egyéni vagy közösségi vagy szervezeti vagy társadalmi egyetlen fogalommal át lehet hidalni, mégpedig a szociális reprezentáció fogalmával. Vagyis, hogy a jóllét vonatkozásában sem egy lakatlan szigeten létezőnk, függetlenül a többi embertől, hanem nyilván figyelembe vesszük saját megélésünket, családjunk véleményét, társadalmi hatásokat, médiahatásokat, és ebből fog egy "térkép", egy szociális reprezentáció kialakulni a fejünkben a jólléttel kapcsolatban. És hogy mi a jóllét, azt tulajdonképpen a „Mi a jó?” kérdésre adott saját válaszunk ilyen módon. Népegészségtani szempontból ez talán azért is lehet jelentős, mert talán úgy tűnt az előző beszélgetésekből, mintha egy részhalma-za lenne az egészségnek a jóllét. Ez sok

esetben a mindennapi tapasztalatunk alapján megkérdőjelezhető is lehet, hiszen sokszor akár az egészségünket is feláldozzuk azért, hogy például egy családot fent tudjunk tartani, egy veszélyes munkát el tudjunk végezni, aminek látjuk értelmét és a jóllétünk fokozása szempontjából valamilyen módon működtethető kérdés. Tehát összefoglalva, a jóllét egy szociális reprezentáció, és alapjában véve a mindennapi életünk minőségének két aspektusa járul hozzá. Egyrészt amiről nagyon sokat beszélünk és amit István is említett, például a bolygó jólléte vagy egyebek szempontjából a jóllétünket erősítő pozitív lépések. Ugyanakkor van egy nagyon fontos másik aspektus is, mégpedig a negatív választási szabadság. Akár az is előre vihet bennünket és fokozhatja a jóllétünket, ha vannak olyan opciók, amik kizárhatóak az életünkéből, vagy a közösségünkéből. A legősből ilyen dolog a Tízparancsolat, hogy ne öljünk, ne lopjunk, és így próbáljunk egy stabilabb jóllét irányába mutató életet, életvitelt kialakítani. Tehát egyszerre van egy gáz és egy fék a választási szabadságunk vonatkozásában, és ha ez a kettő egyensúlyban van, akkor érezzük azt, hogy a jóllétünk fejlődik. A társadalmi kihívás ilyen szempontból az, hogy hogyan tudjuk a különböző emberek, családok, közösségek, társadalmak esetében ennek a gáznak és féknek az egyensúlyát megtalálni az aktuális erőforrásainknak megfelelően, hogy így tudjon egy jólléti fejlesztési folyamat haladni. Tudom, hogy ez más megközelítés, mint ami a fősodorban van. Ami miatt talán érdemes ebbe az irányba is gondolkodni, hogy a választási szabadságban minden korábban említett aspektusnak van szerepe és jelentősége, és ilyen módon ez egy közös nevezője tud lenni az eddigi törekvéseinknek.

V. J.: Mit gondoltok?

P. B.: Nekem az jutott eszembe Lacihoz kapcsolódva, hogy ugye van az egyéni és a szociális jóllét, és ezek között van egy dinamikus kapcsolat. Tehát én, mint egyén

próbálok az adott társadalomban optimálisan létezni, de a szociológusok nem véletlenül hangsúlyozzák Max Weberől Bourdieu-ig, hogy van választás, de van egy kényszer is, tehát egy körön belül tudok választani. Ez a kör meghatározza azt, hogy milyen választási lehetőségeim vannak, és ezen belül próbálok valamiféle optimális létezést kialakítani a magam számára. És nagyon érdekes, hogy létezik jóléti társadalom, de lehet, hogy most már jóléti társadalomról kéne beszélni, hiszen ez lenne egy fontos célkitűzés, hogy maga a társadalom legyen jóléti. Itt kicsit visszatálnék a népegészségtanra. Még a karrierem kezdetén a társadalmi egyenlőtlenségek lecsapódása volt az egyik fő kutatási területem. Az, hogy milyen szintű egyenlőtlenségek vannak a társadalomban, jobban kihat a lakosság egészségi állapotára annál, mint hogy gazdag-e egy társadalom. Ahol túl nagyok az egyenlőtlenségek, ott nem érezzük jól magunkat, tehát sokkal jobb egy igazságosabb, egalitáriusabb társadalom, ez pedig az egészségi állapotban is megmutatkozik, és gondolom, a jóléttel kapcsolatban is.

L. L.: Pontosan ezért fordul a WHO a jólét irányába. Tulajdonképpen az volt a népegészségtan egyik alapfelvetése, hogy ha egy társadalom gazdasági helyzete javul, akkor az előbb-utóbb le fog csorogni a társadalmi hierarchia alsóbb szintjére is. Ha megnézzük, például Amerikában is van az a nagyon döbbenetes adat, hogy az első 3 leggazdagabb ember vagyona körülbelül az amerikai társadalom alsó 170 milliós rétegének vagyonával egyenértékű. A jólét irányába tehát azért kezdünk el tudatosabban gondolkodni, mert az nem egy automatikus folyamat, hogy ha növekszik a GDP, növekszik a gazdaság, akkor az a társadalom egészére áthat. Csakhogy itt jön a népegészségtan egyik kihívása, miszerint ezt nehéz a társadalmi döntéshozók, a politikusok felé kommunikálni. Ha azt mondjuk, hogy az egyenlőtlenségekkel egészségi problémák járnak, akkor azt mondják, hogy a nép-

egészségügy végezze a dolgát és orvosolja ezeket a kérdéseket. Meg kellene találni azt a közös nevezőt – és ez lehet akár a jólét is –, ami segítségével tudjuk azt valamilyen módon kommunikálni, hogy közös felelősségünk, hogy társadalmi szinten ezek a – részben egészségi és nagyobb részben jóléti – mutatók, hogyan alakulnak.

G. B.: Egy picit visszakapcsolódva Bettinához, nekem egy olyan analógia jutott eszembe, ami talán megint az egyéni szintre visz, de mégis kapcsolódik a társadalmi, kollektív jóléthez. Azért is fontos erről beszélni, mert a saját személyes fejlődésben az úgynevezett normatív kríziseinket – ami ahhoz kell, hogy egy fejlődési szinten előrébb jussunk – csak akkor vagyunk képesek megélni, ha van egy alapvető biztonság, egy alapvető minimális jólét, és van terünk arra, hogy saját belső kríziseket megéljük. Ezek az Erikson-i normatív krízisek nem csak egyéni szinten fontosak, hanem természetesen társadalmi, kollektív szinten is. Hiszen ezzel tudunk egyre érettebb, felnőttebb emberként, korunknak megfelelően működni, cselekedni, dolgozni és létezni, ami hozzájárulhat a társadalmi, a közösségi jóléthez is. De fontos az, hogy ez csak akkor tud működni, ha van egy alapvető jólét, amiben meg lehet élni kríziseket.

K. I.: Még egyetlen dolgot tennék hozzá ehhez a témához, talán Laci gondolatai kapcsán jutott eszembe. Jelenleg, a mai világ, azt hiszem, semmilyen módon nem kedvez annak, hogy az emberek jóléte általánosságban fejlődni tudjon. Nem olyan társadalmakban élünk, amelyek egy összetartó, egyéni jólétet segítő társadalmat alkotnának. Például a királyok korában még voltak óriási nagy jövedelmi különbségek a jobbágyok és a királyok között. Aztán a klasszikus kapitalizmus hozta azt az amerikai álmodot, hogy tulajdonképpen bárkinek megvolt az esélye arra, hogy feltörhessen, ma pedig megint

úgy látom, hogy olyan világot élünk, ahol még jobban polarizálódik társadalom. Ahogyan Laci is hozta a példájában, és nem csak az Amerikai Egyesült Államokban sajnos, hanem mindenütt. Nálunk is óriási vagyoni egyenlőtlenségek vannak. Van egy óriási, leszakadt réteg, háborúk vannak korábban elképzelhetetlen közelségben, és elképzelhetetlen intenzitású háborúk vannak a világon. Mindezek hozzájárulnak ahhoz, hogy az emberek ne érezzék magukat biztonságban.

A Maslow-hierarchia alapján, ami szintén már említésre került, amíg nincs meg az alapvető biztonságérzetünk, addig nem tudunk feljebb lépni, és addig igen nehéz igazán jóllétről beszélni.

Tehát egy nagyon picit a jelen helyzetben borúlátó vagyok abban a tekintetben, hogy dacára annak, hogy a népegészségügyben egy inkább fókuszba kerül a jólét, valójában mit sikerül majd elérni.

L. L.: Én pont ehhez kapcsolódnék még egy gondolattal. Ahogy korábban említettem, szerintem is azért kell a jólléttel foglalkozni, mert nincs, és azért, hogy ebben menjünk előrébb a társadalmakban, vagy az emberek jó részénél ebben nagyon jelentős előrelépéseket lehetne tenni. Én a borúlátás mellé tennék még egy dolgot, mégpedig Antonovsky megközelítését, a szalutogenetikus megközelítést. Az egészség, az egészségfejlesztés kapcsán nagyon sokszor beszélünk arról, hogy a rizikótényezők mellett – amiknek a kockázatát nagyon sokszor látjuk – fontos lehet egy pozitívabb megközelítés, ami kimondottan az egészséget támogató, erősítő erőforrásokra irányul. Én azt gondolom, hogy ezt az analógiát érdemes tovább vinni, akár a jólét vonatkozásában is. Számomra az az érdekes és sokszor meglepő, hogy ilyen szalutogenetikus szociálpolitikáról abszolút nem szoktunk gondolkodni. Tehát arról, hogy a szociális védőháló hogy működik, hogyan lehet a

társadalmi problémákat preventív, azonnali beavatkozásokkal kezelni. Ennek kialakult intézményrendszere és gondolatrendszere van, azonban arra, hogy kimondottan a közösségi erőforrásainkkal hogyan lehet egy erősítő, fejlesztő szalutogenetikus hangsúlyú szociálpolitikai lépéseket tenni, arra viszonylag kevesebb tudatos erőfeszítés történik. Márpedig ennek a kiegyensúlyozott működtetése lehet talán valamilyen szinten előrevivő. Ez részben politikai kérdés, nagyobb részben államigazgatási kérdés, önkormányzati kérdés is, szervezeti kérdés is, családi kérdés is, de a társadalom bármelyik szintjén lehet mind a két szemléletmódot követni. Tehát a kockázatok, a problémák szem előtt tartásával, de az erőforrások erősítésére koncentrálni. Én nagyon hiányolom, hogy az utóbbi aspektus viszonylag kevesebb hangsúlyt kap.

V. J.: Érdekes, hogy ezt felhoztad, mert vannak olyan kísérletek, megközelítések, amelyek már a gazdaság szintjén megjelenítik a jóllétet.

Vannak olyan országok, európaiak is, tengerentúliak is, amik úgynevezett jólléti gazdaságot működtetnek. Úgy készítene az állami költségvetést, hogy a cél a társadalmi jólét növelése, azaz a wellbeing, és nem a jólét növelése.

Ennek megfelelően működtetik az állami gazdasági tervezést és szabályozást. Tehát ez is egy lehetőség lenne. Igaz, így még mindig csak egy szűkebb megközelítés ahhoz képest, amit Laci te mondtál. Én azt a kérdést tenném fel, hogy szakemberként vagy szervezeti irányítóként mi az, amit most Magyarországon meg lehetne tenni, hogy a jólét fogalma nálunk is ilyen exponenciális fejlődést mutasson. Én azt hiszem, hogy ebben elmaradt az a hazai népegészségügy. Mit gondoltok róla erről?

G. B.: Nekem erre egy nagyon egyszerű gyors válaszom van, ami valószínűleg csak

részmegoldás, de én egyetemi szinten belül azt látom, hogy azóta kapott a jóllét figyelmet nálunk, amióta egyértelműen számokban látható, hogy hatása van. Itt a számok alatt mind a pénzügyi területet értem, olyanokat mint a hallgatói lemorzsolódást és ehhez kapcsolódó hasonló számokat. Lehet, hogy amint egyértelműen látható, hogy a jóllétnek valamilyen gazdasági vonatkozása – előnye, vagy annak hiányában hátránya – van, akkor talán az elég nagy motiváló erő arra, hogy valamilyen lépés vagy fejlesztés induljon be.

V. J.: Esetleg azt fejtse ki egy kicsit, hogy mit jelent az, hogy számok vannak, mert nem mindenki ismeri a hátterét.

G. B.: Konkrétan arra gondolok, hogy ha egyértelműen látszik az, hogy a jóllét hiánya például olyan problémákat okoz, ami miatt kevesebb hallgató marad az egyetemen, jobban lemorzsolódnak, nem tudják teljesíteni a vizsgákat, az az egyetemeknek egy egyértelmű pénzkiesés, nagyon komoly pénzkiesés.

Onnantól kezdve, hogy ezt számosítottuk, kutatásokkal alátámasztottuk kapott hangsúlyt az, hogy a jóllét fejlesztését támogatni kell. Legyen szó akár mentális egészségről vagy a jóllét más aspektusairól, el kell indítani egy olyan fajta koncepciót, egy olyan stratégiát, ami a jóllét fejlesztését szolgálja.

V. J.: Ti csináltatok egy ilyen kutatást, ez az, ami nem biztos, hogy mindenki számára magától értetődő volt. Tehát felmérések ezt.

G. B.: Igen, az elmúlt években számos kutatást végeztünk, például a tanácsadó szolgáltatón keresztül a hallgatóink mentális jóllétéről. De nem akartam csak magunkról beszélni, mert például az egyetemi kompetenciamérés során is nagyon szépen kijött az az eredmény, hogy első-

sorban a pszichés terheltség, a mentális jóllét nagyon szoros kapcsolatban van a lemorzsolódással. Más kutatásaink is vannak az egészség tekintetében, tehát számos oldalról megközelítettük a kérdést, a kiégést is vizsgáltuk. Éppen azért végeztünk ennyiféle felmérést, kutatást, mert hogy egy nem elég.

V. J.: Többieknek mi a véleménye, mit lehet csinálni Magyarországon? Azon kívül, hogy felmérjük a jóllétet az egyetemi hallgatók és dolgozók között.

P. B.: Azt hiszem, hogy az oktatásban is kellene egy kicsit erőteljesebben hangsúlyozni ezt a témát. Megmondom őszintén, a 90-es években mintha picit jobb lett volna a helyzet, akkor többet beszéltünk erről. Jobban hangsúlyoztuk a prevenció fontosságát, akkor optimistább voltam. Azt hittem, hogy ez majd jobban megjelenik az orvoscépzésben is, itt mindenképpen van mit bepótolni. Nagyon fontos lenne, hogy az orvostanhallgatók, a leendő orvosok szemléletében legyen benne a betegek életminősége, – ahogy Boróka említette – a bio-pszicho-szociális-spirituális megközelítés, hogy az egészség-szemléletük erre épüljön. Nem elég az, hogy csak mi, a Magatartástudományi Intézetben dolgozók hangsúlyozzuk ezt, hanem mivel a rejtett kurikulum sokszor ennek ellentmond, nagyon fontos lenne, hogy más területekre is eljusson ez a szemlélet.

V. J.: Ez egy olyan labda, amit nem tudok nem lecsapni. Van egy folyóirat, ami két éve indult, a Multidiszciplináris Egészség és Jólét címet viseli, és annak pont ez lenne a célja, hogy különböző szakterületek szakértőit összehozza egymással, és megossza a különböző diszciplínákban elért eredményeket. Boróhoz kapcsolódva még annyit mondanék, hogy elindult egy olyan projekt már, ami egyetemeken az egészség és jóllét felmérését célozná, és valamiféle korszerű felmérési rendszert alakítana ki, ami lehetőséget kínál az

egyetemek nemcsak más egyetemekkel való összevetésére, hanem az egészségi és jóléti állapot időbeli követésére is. Kanyarodjunk vissza arra a kérdésre, hogy milyen teendők merülnek fel annak érdekében, hogy Magyarországon a jólét fogalma valahogy nagyobb reflektorfényt kapjon.

L. L.: Akkor innen folytatnám és csatlakoznék a korábbi témákhoz ott, ahol Bettina megfogalmazta, hogy a betegek életminősége hogyan alakul. Szerintem a betegek életminősége nagyrészt akkor dől el, amikor még egészségesek.

Én azt gondolom, hogy egy olyan magyar társadalomban, ahol majdnem minden második felnőttnek van valamilyen krónikus betegsége, nem lehet elég korán elkezdni. Itt az egyetem mellett megjelenik a köznevelés kérdése, szerepe és jelentősége is.

Én sem látok arra lehetőséget, hogy ez egycsapásra megoldódna, de a kis lépéseknek a jelentőségét mindenféleképpen hangsúlyoznám. Ha egy egyetem vagy egy munkahely, mint közösség – és nagyon szeretném kihangsúlyozni ezt a fogalmat, hogy mint egy közösség – elkezdene arról gondolkodni, hogy minek a megléte, vagy minek a hiánya segítené őket abban, hogy egy fokkal jobban érezzék magukat az aktuális körülmények között, egy fokkal értelmesebbnek lássák azt az élethelyzetet, amiben vannak, milyen közös szokások, milyen közös változások segítenék azt elő, akkor én azt gondolom, hogy ezekkel a kis lépésekkel is nagyon messze el lehetne jutni még az adott körülmények és adott társadalmi lehetőségek mellett is. Bár társadalmi szinten ez egy óriási munka, de ha elkezdünk a saját közösségeinkről és a saját lehetőségeinkről gondolkodni és egyeztetni, akkor én azt gondolom, hogy ez nagyon sok esetben előrelépéshez vezethet. Valamilyen módon ez az egészségfejlesztésnek is a logikája a WHO meg-

közelítésében, de ezt egy lépéssel tovább is lehet vinni a mi megközelítésünkben, az egészségnél egy fokkal szélesebb kört is bevonni, mégpedig a jólét körét. És ez az, ami talán már ma is megtehető, és amivel előrelépéseket lehet tenni.

K. I.: Alapvetően azt gondolom, hogy mindeképpen nagyon fontos – meg lehet, vagy meg is kell tenni –, hogy hangsúlyozzuk a közösségek szerepét. Manapság létezik az *asset based* közösségi egészségfejlesztés kifejezés, tulajdonképpen erőforrás alapú megközelítés, de nem is tudom, hogy fordíthatnánk pontosan. Ennek az lenne a lényege, hogy használjuk ki a meglévő erőforrásainkat, és ne abból induljunk ki, hogy mi hiányzik, mit miért nem lehet. Hanem ha látjuk azt, hogy ezek vannak, akkor ezek segítségével próbáljunk meg olyan programokat szervezni, amik hozzájárulnak a jólét további fejlesztéséhez. Nagyon fontos szemlélet, hogy próbáljunk pozitívan menni ezen az úton. A közösségek alatt nyilván értem a mikro közösségeket is, például mint nálunk a már említett YourLife@ÁOK egészségprogramot. Rengeteg jelzést kapunk a dolgozóktól, hallgatóktól, hogy mire lenne szükség, mi fokozná az ő jólétüket és akkor próbáljuk ezt együtt kivitelezni. Aztán a közösségi részvétel még önmagában is, mint érzés, javítja a jólétet. Valamilyen szinten az altruizmus, a kollektív cselekvés, az ember egyéni jólétét fokozza tulajdonképpen anélkül, hogy erre bármi külső erőforrást kellene fordítani, tehát tulajdonképpen dupla haszna van. Illetve amiről még azt gondolom, hogy döntő lenne, az a jó gyakorlatok összegyűjtése, és minél szélesebb körben történő bemutatása. Mert ha mindenki azon kezd el gondolkodni, hogy hogyan álljak neki, az egy nagyon energia és időigényes folyamat. Hazai és külföldi jógyakorlatokat is, például amit Jóska is mondott az előbb, hogy vannak olyan országok – Egyesült Királyság, Finnország, Skócia –, ahol kifejezetten *wellbeing budget*-ek (jóléti költségvetés – a szerk.)

készülnek. Ezt tekinthetem egy jógyakorlatnak, máshol például *wellbeing officer* (munkahelyi jólléti tisztviselő/vezető – a szerk.) van. Sok ilyen törekvés van, sajnos általában nálunk sokkal jobb gazdasági, társadalmi helyzetben levő országok esetében. De ennek ellenére nekünk a feladatunk az, hogy szakmai alapon ezt mutassuk be az egészségpolitikának, és idővel ezek nálunk is el fognak terjedni. Tehát minden szereplőhöz a megfelelő módon kell közelíteni, és ez az egyes ember, a mikroközösségek és a nagy, széles közösség vonatkozásában is azt gondolom, hogy így van.

V. J.: Zárszóként nem tudok most megfogalmazni gyakorlatilag semmit, mert igazából ez egy olyan beszélgetés, ami inkább utat nyit. Valamilyen formában ezt érdemes lenne folytatni, és egyetértek abban Istvánval, hogy nem feltétlenül elegendő az, hogy leírjuk és közöljük valahol a javaslatokat, hanem valamilyen aktívabb módot kellene megvalósításukra találni. Ebben a [folyóiratunk](#) és az [N3.0 Egyesületünk](#) gondolkodik és próbálkozik, és szívesen veszi, ha ötleteket, javaslatokat kap. Még egyszer megköszönöm a részvételt, valamint a nekem mindenképpen érdekesnek tűnő gondolatokat, és remélem, hogy az olvasók és a hallgatók is így fogják majd gondolni.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 06. 21.
Elfogadva: 2025. 06. 23.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

VIZSGÁLATOK

Magyar népegészségügyi közlemények nemzetközi összehasonlításban

Hungarian public health papers in international comparison

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19832](https://doi.org/10.58701/mej.19832)

Kulcsszavak: népegészségügy; publikációs teljesítmény; idézettség; bibliometria; nemzetközi összehasonlítás
Keywords: public health; publication performance; citations; bibliometrics; international comparison

Absztrakt

BEVEZETÉS: A tudományos publikációs teljesítmény kulcsfontosságú mutató az egészségtudományokban, tükrözve egy tudományág vagy kutatócsoport hozzájárulását az ismeretek bővítéséhez. A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület megalapítása arra a felismerésre épült, hogy jelentős változtatásokra van szükség a hazai népegészségügyi szakterületen. Jelen tanulmány célja megvizsgálni, hogy más országokkal összehasonlítva kimutatható-e elmaradás a magyarországi népegészségügyi publikációs teljesítményben.

MÓDSZERTAN: A vizsgálatban az ezer lakosra jutó népegészségügyi publikációk számát, valamint azok idézettségét elemeztük. Kulcsszavas kereséseket végeztünk a PubMed és a Web of Science adatbázisokban az utóbbi öt év időszakára vonatkozóan, a szerzők affiliációja alapján szűrve az országokat. A publikációk számát a Világbank lakossági adataival normalizáltuk. Az idézettség jellemzésére a SCImago Journal & Country Rank adatbázisból gyűjtöttünk adatokat az átlagos hivatkozásszámra és a H-indexre vonatkozóan, a „Public, Environmental and Occupational Health” kategóriában megjelent 2024-es publikációkra koncentrálni. A vizsgálat korlátja, hogy az egyszerű publikációs szám nem mindig fedi a minőséget, az idézettséget torzíthatják a tudományterületi különbségek és a negatív citációk, továbbá az adatbázisok lefedettsége is eltérő.

EREDMÉNYEK: Az elmúlt öt évben megjelent népegészségügyi publikációk ezer lakosra jutó száma alapján a visegrádi országok zárták a vizsgált országok rangsorát, mind a PubMed, mind a Web of Science adatai szerint. Dánia, a rangsor élén, több mint tízszeres értéket mutatott Magyarországhoz képest. Az idézettségi rangsorban (átlagos hivatkozásszám és H-index alapján) Magyarország szintén a sereghajtók között szerepelt, ami a magyar népegészségügyi publikációk viszonylag alacsonyabb nemzetközi hatására utal. Dánia itt is kiemelkedő, míg a H-index rangsorában Kanada került az élre.

KÖVETKEZTETÉSEK: Eredményeink meggyőzően alátámasztják, hogy a magyar népegészségügyi szakma tudományos publikációs teljesítménye elmarad a

nemzetközi, különösen a vezető országok szintjétől. Ez az alacsony tudományos aktivitás és láthatóság nem csupán akadémiai hiányosság, hanem súlyos gyakorlati következményekkel is jár, mint például a szakpolitikai döntéshozatal korszerű, evidenciákon alapuló támogatásának gyengesége. Ez hozzájárulhat ahhoz, hogy a megelőzhető halálozás szintje Magyarországon mintegy duplája az EU átlagának. Elengedhetetlen a szakterület átfogó megújítása, amelyre a Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület „ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról” című szakmai koncepciója konkrét beavatkozási irányokat javasol. Ez a reform alapvető a magyar népegészségügyi kutatás nemzetközi versenyképességének növeléséhez és a közegészségügyi mutatók javításához.

Abstract

INTRODUCTION: Scientific publication output is a crucial indicator in health sciences, reflecting a discipline's or research group's contribution to knowledge advancement. The establishment of the Hungarian Public Health Renewal Association was based on the recognition that significant changes are needed within the national public health sector. The aim of this study is to examine whether there is a noticeable gap between Hungary and other countries in terms of public health publication performance.

METHODOLOGY: This study analyzed the number of public health publications per capita and their citation impact. Keyword searches were performed in the PubMed and Web of Science databases over the past five years, with results filtered by author affiliation to specific countries. Publication counts were normalized using population data from the World Bank. Citation impact was assessed using data from the SCImago Journal & Country Rank database, focusing on average citations per document (Cites/Doc) and the H-index for publications in the "Public, Environmental and Occupational Health" category published in 2024. Limitations include that simple publication counts do not always reflect quality, citations can be skewed by disciplinary differences or negative mentions, and database coverage varies.

RESULTS: According to both PubMed and Web of Science data, the Visegrad countries consistently ranked at the bottom among the studied nations in terms of the number of public health publications per capita over the past five years. Denmark, leading the rankings, showed more than tenfold the value compared to Hungary. In the citation rankings (based on average citations per document and H-index), Hungary also performed poorly, indicating a relatively lower international impact of Hungarian public health publications. Denmark maintained a strong position in citation metrics, while Canada led the H-index ranking.

CONCLUSIONS: Our findings clearly show that the Hungarian public health sector's scientific publication performance lags behind international standards, especially compared to top countries. This low level of scientific activity and visibility is not merely an academic shortcoming, but rather, it has serious practical consequences. For example, it results in a weakened ability to provide modern, evidence-based recommendations for public policy. This may explain why the level of preventable mortality in Hungary is approximately double the EU average. A comprehensive renewal of the sector is essential. The Hungarian Public Health Renewal Association's professional concept, "Foundational Principles for Improving Health

and Well-Being: A White Paper on the 21st Century Renewal of Hungarian Public Health”, proposes concrete intervention strategies for this renewal. This reform is crucial for improving the competitiveness of Hungarian public health research on the international stage and for enhancing public health indicators.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A tudományos publikációs teljesítmény alapvető a magyar népegészségügy fejlődéséhez és a szakpolitikai döntések megalapozásához.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Magyarországon e téren hiányzott az átfogó nemzetközi elemzés.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Cikkünk számszerűen igazolja a magyar népegészségügy lemaradását aláhúzza a szakterület megújításának sürgető szükségességét.

Bár a bölcsészettudományokban ez a megközelítés vitatható, az egészségügyben a publikációs aktivitás kulcsfontosságú teljesítménymutatóként funkcionál. Nem csupán a kutatási munka eredményét reprezentálja, hanem a tudományos párbeszédhez való hozzájárulást, az ismeretek terjesztését és az innovációban betöltött szerepet is.

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesületet¹ alapító szakemberek már a névválasztással is egyértelmű üzenetet fogalmaztak meg: mélyreható és jelentős változtatásokra van szükség a hazai népegészségügyi szakterület teljesítményében. (Vitrai et al., 2021) Ez a meggyőződés azon a felismerésen alapul, hogy a magyar népegészségügy teljesítménye nemzetközi összehasonlításban nagy lemaradást mutat.

Jelen tanulmány célja megvizsgálni, a magyarországi népegészségügyi publikációs teljesítményben is kimutatható-e elmaradás más országokéval összehasonlítva. A magyar népegészségügyi szakemberek publikációs tevékenységét vetjük össze elsősorban a hasonló gazdasági-társadalmi háttérű regionális versenytársak mint a visegrádi országok, valamint a szakterületen élenjárónak tekinthető országokéval, így Európában Hollandia és Finnország, illetve a tengerentúlon Kanada, Ausztrália és Új-Zéland tekintetében. Elemzésünk során nem csupán a publikációk mennyiségére, hanem azok nemzetközi láthatóságára és idézettségére is

BEVEZETÉS

Egy tudományág vagy egy kutató teljesítményének mérése gyakran a megjelent tudományos közlemények mennyiségével és a rájuk történt hivatkozások átlagos számával történik. A közlésszám és a citációk száma könnyen mérhető, és lehetőséget ad nemzetközi összehasonlításokra. (Bornmann & Daniel, 2008) Az átlagos hivatkozásszám segít megítélni, hogy egy-egy publikáció mennyire volt jelentős a tudományterületen belül. (Waltman, 2016)

¹ <https://nepegeszsegugy3.hu/>

kitérünk, megvilágítva ezzel a magyar népegészségügyi kutatás jelenlegi pozícióját a globális tudományos térben.

MÓDSZEREK

A tudományos közlemények értékét nem kizárólag a pusztán mennyiségük határozza meg. A publikáló folyóirat rangja és a cikkekre kapott hivatkozások száma is alapvető mutatók a tudományos hatás és fontosság megítélésében. Ezen elvek mentén a magyar népegészségügyi kutatások színvonalának nemzetközi összehasonlításához az alábbi módszertant alkalmaztuk.

Publikációs adatok gyűjtése és normalizálás

A népegészségügyi szakemberek aktivitását elsődlegesen az ezer lakosra jutó szakmai cikkek számával jellemeztük. Ennek érdekében kulcsszavas keresést végeztünk a két vezető bibliográfiai adatbázisban, a PubMed² és a Web of Science³ felületén, figyelembe véve az összehasonlításban szereplő országokat. A releváns találatokat az utolsó öt évre korlátoztuk, hogy a legfrissebb publikációs trendeket tükrözzük.

A kereséshez az alábbi keresési kifejezéseket alkalmaztuk:

PubMed (magyarországi keresés):

("public health"[TIAB]) OR ("population health"[TIAB]) OR (epidemiology[TIAB]) OR ("health behavior"[TIAB]) OR ("health behaviour"[TIAB]) OR (lifestyle[TIAB]) OR ("health inequity"[TIAB]) OR ("health inequities"[TIAB]) OR ("health inequality"[TIAB]) OR ("health inequalities"[TIAB])) AND (Hungary[Affiliation]) AND (y_5[Filter]) AND (humans[Filter])⁴

Web of Science (általános keresési struktúra):

((WC=(Public, Environmental & Occupational Health)) OR ALL=("public health")) OR ALL=(epidemiology) OR ALL=("health behavior") OR ALL=("health behaviour") OR ALL=(lifestyle) OR ALL=("health inequity") OR ALL=("health inequities") OR ALL=("health inequality") OR ALL=("health inequalities")⁵

Mivel a szakemberek száma és ezáltal a publikációs kapacitás jelentős összefüggést mutathat a lakosság számával, a nyers közleményszámokat ezer lakosra vetítettük, azaz normalizáltuk. A vizsgált országokhoz tartozó 2024-es vagy a rendelkezésre álló legfrissebb lakosságszámot a Világbank adatbázisából⁶ nyertük ki. Ez a normalizáció lehetővé teszi a különböző méretű országok közötti méltányosabb összehasonlítást.

Idézettségi adatok elemzése

A közlemények hatásának és fontosságának értékeléséhez a publikációkra való hivatkozások számát vizsgáltuk. Ezt az elemzést a Scimago Journal & Country Rank⁷ (SJR) adatbázis segítségével

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>

³ <https://www.webofscience.com/wos/woscc/basic-search>

⁴ Megjegyzés: Az [TIAB] szűkítés a címben és az absztraktban keresi a kulcsszavakat, növelve a találatok relevanciáját. Az [Affiliation] tag biztosítja, hogy a keresés a magyar szerzők munkahelyi kötődése alapján történjen. A y_5[Filter] az elmúlt 5 évet, a humans[Filter] pedig az emberi vonatkozású tanulmányokat szűri.

⁵ Megjegyzés: A WC=(Public, Environmental & Occupational Health) kategória a Web of Science saját besorolási rendszere szerinti releváns folyóiratokat azonosítja. Az ALL= operátor a cikk bármely mezőjében keresi a kulcsszavakat (cím, absztrakt, kulcsszavak, szerzői kulcsszavak). Az országra vonatkozó szűrést a Web of Science felületén a "Country/Region" mezőben, az egyes országok nevének megadásával végeztük el.

⁶ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

⁷ https://www.scimagojr.com/countryrank.php?category=2739&year=2024&min=0&min_type=itp#google_vignette

végeztük el. Az idézettségek vizsgálatát a „Public, Environmental and Occupational Health” szakterületre korlátoztuk, és a 2024-ben közzétett publikációkra vonatkozó adatokat vettük figyelembe.

Az ezer lakosra számított hivatkozásszám kiszámításához csak a független hivatkozásokat (azaz azokat az idézettségeket, amelyek nem azonos intézményből vagy szerzőtől származnak) vettük figyelembe, minimalizálva ezzel az önidézés vagy intézményi körben történő idézés torzító hatását. Az idézettség jellemzésére még a Hirsch-indexet (H-indexet) is kigyűjtöttük, ami azt mutatja meg, hogy – ebben az esetben egy országnak – van olyan h darab publikációja, amelyeket legalább h alkalommal idéztek. (Costas & Bordons, 2011) Mivel az SJR adatbázis kizárólag a Scopus adatbázisban regisztrált tudományos folyóiratok közleményeit tartalmazza, a kigyűjtött H-index értékek is kizárólag erre a publikációs körre vonatkoznak.

EREDMÉNYEK

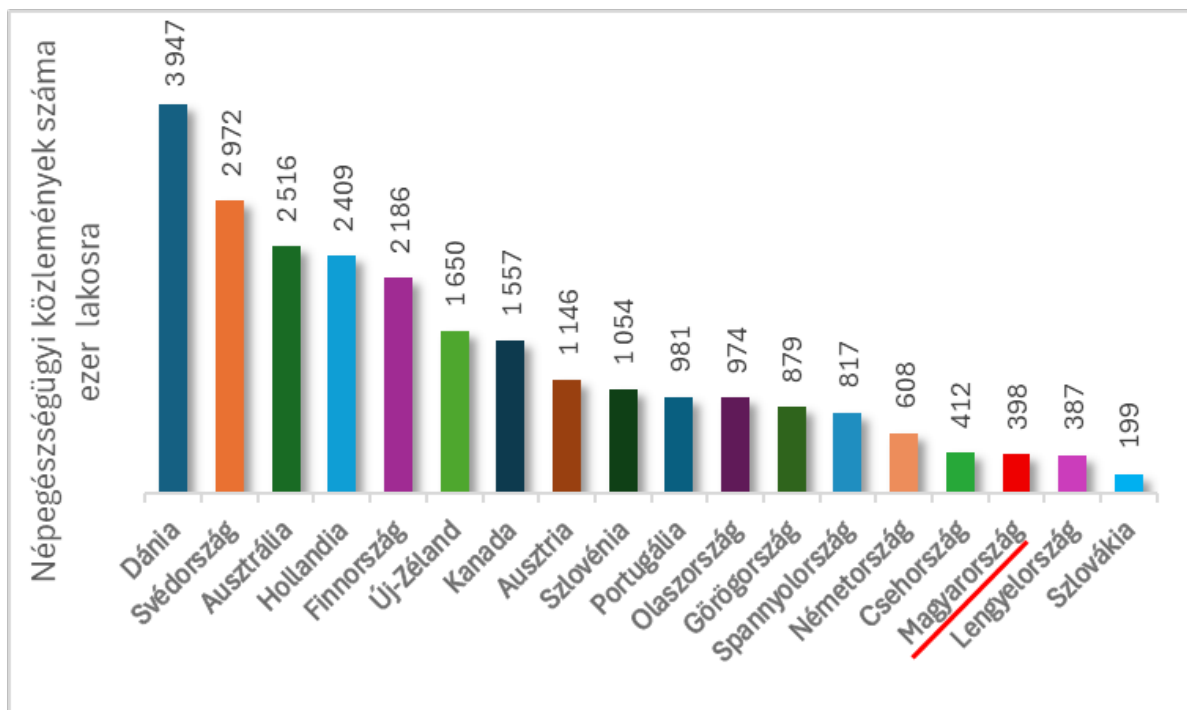
Az elemzésünk első lépéseként a vizsgált országok népegészségügyi publikációs aktivitását vizsgáltuk az ezer lakosra jutó közlemények száma alapján.

Publikációs rangsor a PubMed adatok alapján

Az 1. ábra a PubMed adatbázisából származó, az elmúlt öt évre vonatkozó népegészségügyi közlemények ezer lakosra számított rangsorát mutatja be.

Eredményeink egyértelműen rávilágítanak a regionális különbségekre: az elmúlt öt évben megjelent népegészségügyi publikációk számát tekintve a visegrádi országok zárják a rangsort, ami alátámasztja a bevezetésben megfogalmazott aggodalmakat. Különösen szembetűnő az országok közötti eltérés: a rangsor élén álló Dánia több mint tízszeres értéket mutatott Magyarországhoz képest az ezer lakosra jutó közlemények számában.

1. ábra: Az elmúlt öt év népegészségügyi közleményeinek ezer lakosra számított rangsora a vizsgált országokban a PubMed adatai alapján (Forrás: saját szerkesztés)

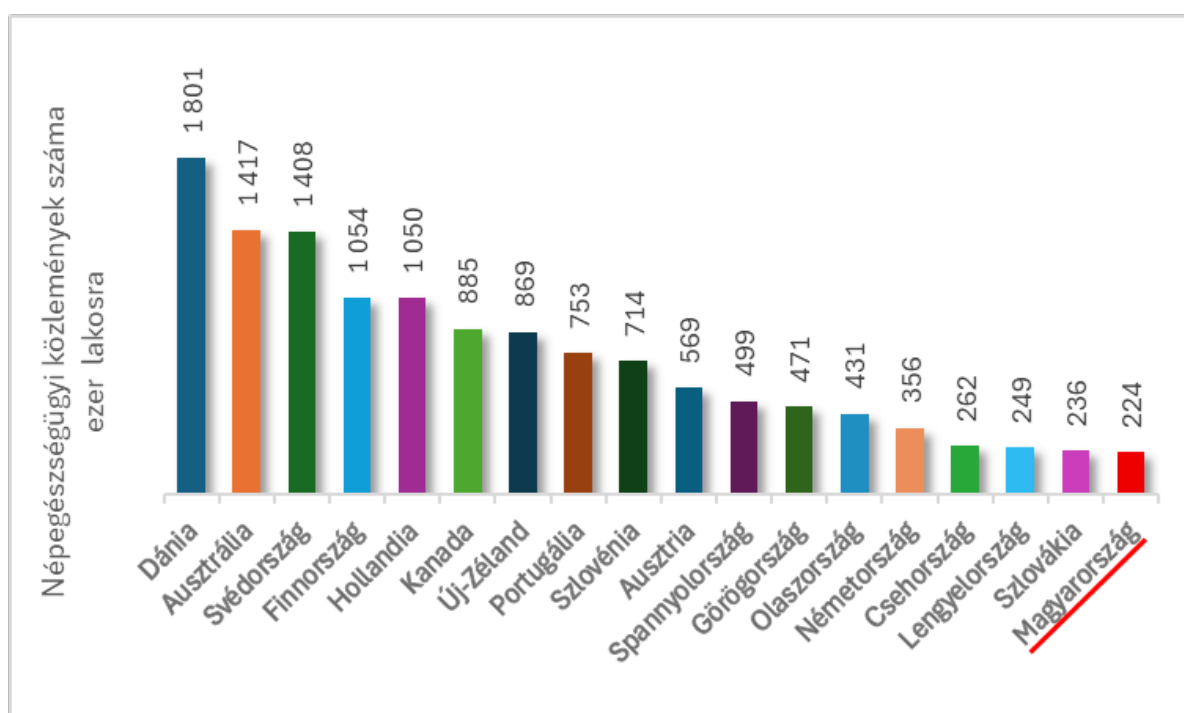


Publikációs rangsor Web of Science adatok alapján

A 2. ábra a Web of Science adatai szerint készült, ezer lakosra számított közleményszámok rangsorát mutatja be. Ez a rangsor hasonló képet mutat a PubMed alapú eredményekhez. Itt is Dánia vezet a mezőnyt, és a viseigrádi országok foglalják

el az utolsó helyeket, közülük is Magyarország az utolsó. Az első és az utolsó helyezett értéke közötti különbség meghaladta a négyszerest, ami szintén jelentős lemaradásra utal. A két adatbázis (PubMed és Web of Science) által szolgáltatott rangsorok hasonlóságát jelzi, hogy a 18 vizsgált országból öt esetében mindössze kettővel változott a helyezés.

2. ábra: Az elmúlt öt év népegészségügyi közleményeinek ezer lakosra számított rangsora a vizsgált országokban a Web of Science adatai alapján (Forrás: saját szerkesztés)

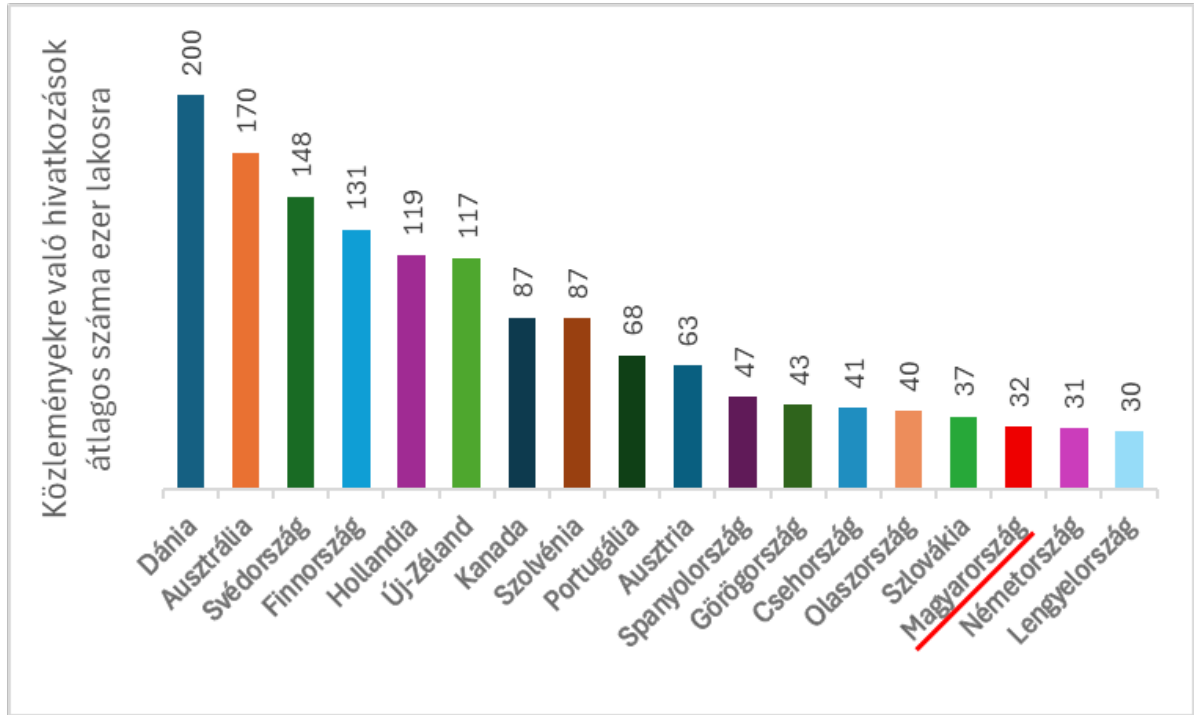


Idézettségi rangsor (átlagos hivatkozásszám) SJR adatok alapján

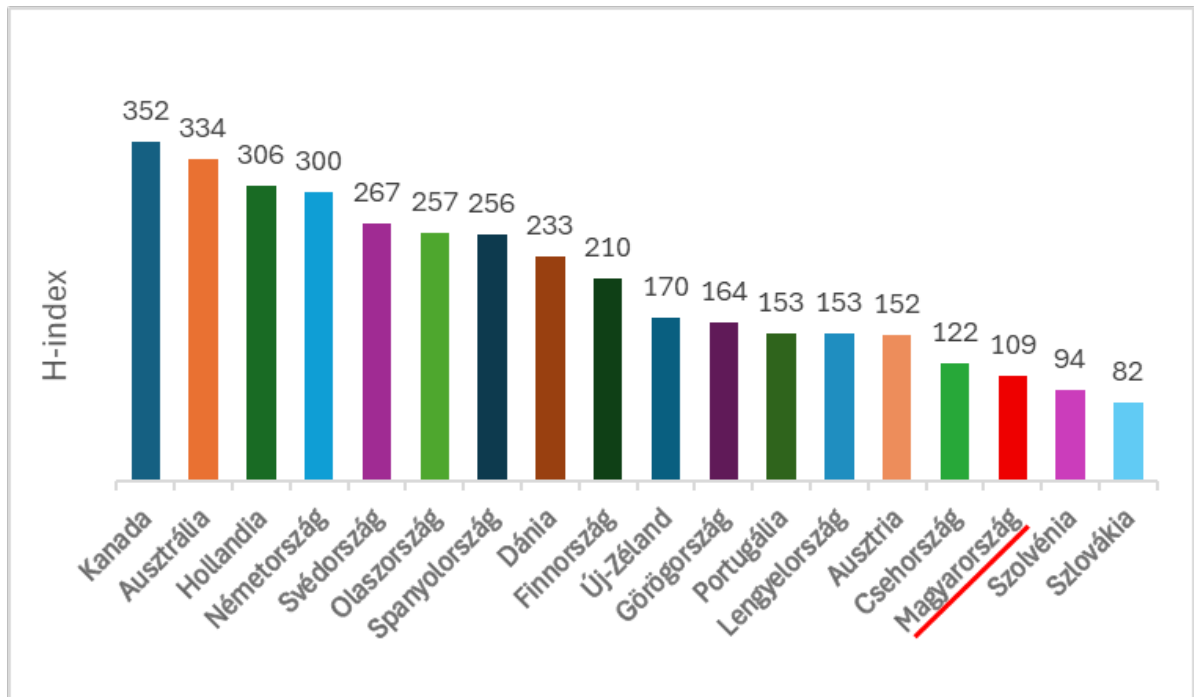
A 3. ábra a vizsgált országok szakemberei által 2024-ben megjelentetett népegészségügyi közlemények átlagos idézettsége alapján készült rangsort mutatja be, az SJR adatbázisából származó adatok felhasználásával.

Ebben az idézettségi rangsorban is Dánia kiemelkedő teljesítményt nyújt, messze megelőzve a többi országot. A lista alsó részén, közel azonos értékekkel, de a sereghajtók között találjuk Magyarországot, hátulról a harmadik pozícióban. A legnagyobb és a legkisebb érték között itt több mint hatszoros különbség tapasztalható.

3. ábra: A 2024-ben megjelent népegészségügyi közleményekre hivatkozások átlagos száma ezer lakosra vetítve a ScImago Journal & Country Rank adatbázis alapján (Forrás: saját szerkesztés)



4. ábra: A vizsgált országok H-indexe alapján készített rangsor (Forrás: saját szerkesztés)



H-index rangsor SJR adatok alapján

Végül, az idézettség egy másik fontos jellemzője, a H-index értékeiből készített rangsort a 4. ábra szemlélteti. A H-index mutató eltérő jellege miatt (amely egyaránt tükrözi a publikációk számát és idézettségét), az országok sorrendje itt jelentősen különbözik az előző rangsoroktól. Ebben az esetben Kanada került az élre, míg Dánia a középmezőnyben szerepel. Ennek ellenére Magyarország itt is a sereghajtók között van, hátulról a harmadik helyen. A 109-es H-index értéke azt jelenti, hogy a Scopus adatbázisban 109 olyan, magyar szakemberek által írt népegészségügy témájú cikk jelent meg 2024-ben, amelyet legalább 109 alkalommal idéztek. Összehasonlításképpen, a kanadai szakemberek közleményeinek H-indexe több mint háromszor nagyobb volt.

MEGBESZÉLÉS

Jelen tanulmányunkban a magyar népegészségügyi szakma tudományos teljesítményét vizsgáltuk nemzetközi összehasonlításban. Ezt részben a megjelent cikkek számával, részben pedig az azokra történt hivatkozások gyakoriságával tettük, amelyek a kutatási hatásosság és láthatóság kulcsmutatói. Elemzésünkhöz a legnagyobb és legmegbízhatóbb nemzetközi szakirodalmi adatbázisokat, a PubMedet, a Web of Science-t és a Scopus adataira épülő SCImago Journal & Country Ranket használtuk fel.

Publikációs aktivitás

Eredményeink egyértelműen rámutatnak, hogy a népegészségügyi témában lakosságszámra vetítve, az utóbbi öt évben közzétett cikkek számában Magyarország a sereghajtók között szerepel a vizsgált országok rangsorában, a többi visegrádi országgal együtt. Ez a tendencia mind a

PubMed, mind a Web of Science adatbázis adataiban megfigyelhető volt, ami erősíti az eredmények konzisztenciáját és megbízhatóságát. Különösen szembetűnő az első helyezett Dánia kiemelkedő teljesítménye, amely több mint tízszeres publikációs aktivitást mutatott Magyarországhoz képest az ezer lakosra jutó cikkek tekintetében. Ez a drámai különbség megkérdőjelezhetetlenné teszi a magyar népegészségügyi kutatás volumenének fejlesztési szükségességét. Az alacsony publikációs ráta nem csupán a kutatói kapacitás hiányára utalhat, hanem arra is, hogy a hazai népegészségügyi szakemberek eredményei kevésbé jutnak el a nemzetközi tudományos közönséghez, korlátozva ezzel a tudáscserét és a potenciális együttműködéseket.

Idézettségi mutatók

A közlemények száma a kutatási aktivitás és termelékenység közvetlen mennyiségi mutatója, de önmagában nem tükrözi a munka minőségét vagy hatását. Ezzel szemben az idézettség a publikációk tudományos hatását és befolyását jelzi a kutatói közösségben, megmutatva, hogy mások mennyire építettek az adott munkára. A H-index egy összetett mutató, amely egyszerre veszi figyelembe a publikációk számát és azok idézettségét, így kiegyensúlyozottabb képet ad a kutató (vagy entitás, mint egy ország) termelékenységéről és tartós tudományos elismertségéről. Ezek a mutatók tehát egymást kiegészítve nyújtanak árnyalt képet a tudományos teljesítményről.

A publikációs volumen mellett a közlemények hatását és láthatóságát az idézettségi adatok elemzésével vizsgáltuk. A 2024-es publikációk átlagos idézettsége alapján készített rangsorban Magyarország szintén a sereghajtók között található, a vizsgált országok közül hátulról a harmadik pozícióban. A legnagyobb és a

legkisebb érték között itt is több mint hatszoros különbség tapasztalható, ami az idézettségi hatás terén is jelentős elmaradásra utal a vezető országokhoz képest.

Az idézettséget másképpen jellemző H-index mutató rangsorában Magyarország ugyancsak az utolsók közé került. Bár a H-index jellege miatt a rangsorban történt némi átrendeződés (Kanada például az élre került), a magyar pozíció változatlanul gyenge maradt. Ez a konzekvens alacsony szereplés az idézettségi mutatókban megerősíti a magyar népegészségügyi publikációk viszonylag alacsonyabb nemzetközi hatását és befolyását. Ez azt sugallja, hogy a magyar kutatások vagy nem érik el eléggé a releváns nemzetközi szakmai közönséget, vagy tartalmuk, módszertanuk, esetleg az elméleti keretük kevésbé számít úttörőnek és inspirálónak a globális diskurzusban. Az alacsony idézettség hosszú távon gyengíti a nemzetközi kutatási együttműködéseket és a finanszírozási lehetőségeket is.

A vizsgálat korlátjai

Fontos hangsúlyozni, hogy a jelen vizsgálat által alkalmazott bibliometriai mutatók bizonyos korlátokkal rendelkeznek, amelyek befolyásolhatják az eredmények értelmezését.

Először is, bár a közleményszám a kutatási aktivitás könnyen mérhető indikátora, annak növekedése nem feltétlenül jelent automatikusan magasabb tudományos értéket. A publikációk minősége jelentősen eltérő lehet, és egy nagyobb számú, de alacsony minőségű cikk kevésbé járul hozzá a tudomány fejlődéséhez. Ahogy Devakumar és társai (2015) is rámutatnak, a mennyiség nem mindig egyenlő a minőséggel.

Másodszor, az idézettségi adatok értelmezése során rendkívül óvatosnak kell

lenni. A citációk száma önmagában nem mindig tükrözi a pozitív tudományos hatást; egy cikket idézhetnek akár negatív példaként, vagy hibás metodológiáért.

Harmadszor, jól ismert tény, hogy a különböző adatbázisok (PubMed, Web of Science, Scopus) eltérő lefedettséggel rendelkeznek, ami azt jelenti, hogy a bennük regisztrált közlemények és az azokból számított mutatók nem mindig teljesen egységesek vagy összehasonlíthatók. Hicks és társai (2015) munkája is alátámasztja ezt az adatbázisok közötti diszkrepanciát, hangsúlyozva, hogy a választott adatforrás jelentősen befolyásolhatja az eredményeket.

Végezetül, bár a lakosságszámra vetített mutatók segítenek a méretbeli különbségek kezelésében, ezek sem veszik figyelembe a kutatásfinanszírozás, az intézményi kapacitások, a kutatói létszám, vagy a tudományos kultúra országonkénti eltéréseit, amelyek mind befolyásolhatják a publikációs teljesítményt. Ezen tényezők részletes vizsgálata túlmutat jelen tanulmány keretein.

KÖVETKEZTETÉSEK

Összességében az eredményeink markánsan alátámasztják a Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület alapítójának azon meggyőződését, miszerint jelentős és sürgető beavatkozásra van szükség a hazai népegészségügyi szakterület tudományos teljesítményének javítása érdekében. Az alacsony publikációs volumen és a gyenge idézettség nem csupán statisztikai adat, hanem a hazai népegészségügyi kutatás nemzetközi elszigetelődésének és korlátozott hatásának tükröképe.

A bemutatott adatok alapján egyértelmű, hogy a magyar népegészségügyi szakma

alacsony szintű tudományos publikációs teljesítménye nem csupán akadémiai probléma; ennél súlyosabb, gyakorlati következményekkel is jár. Az elégtelen publikációs aktivitás és a nemzetközi idézettség hiánya jelentősen gyengíti a szakma képességét arra, hogy korszerű, bizonyítékokon alapuló javaslatokat közvetítsen a szakpolitika felé. (Clancy et al., 2012)

Ez a szakma és a szakpolitika közötti tudományos szempontból elégtelen kapcsolat súlyos nemzeti egészségproblémákhoz vezethet. Szomorú tény, hogy Magyarországon évek óta a korszerű népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozás szintje mintegy duplája az Európai Unió átlagának (Vitrai, 2024a,b). Ez az aggasztó statisztika közvetetten összefüggésbe hozható azzal, hogy a szakpolitikai döntéshozatal nem mindig épül a legfrissebb, nemzetközi szinten is elfogadott tudományos evidenciákra, vagy az itthoni kutatások nem szolgáltatnak elegendő, publikált bizonyítékot a szükséges beavatkozásokhoz. Az erős tudományos háttér hiánya gátolja az innovatív, hatékony prevenciós programok kidolgozását és implementálását, ami közvetlenül kihat a lakosság egészségi állapotára és a megelőzhető halálesetek számára. A tudományos teljesítmény javítása tehát nem csupán a kutatói presztízs kérdése, hanem nemzetbiztonsági és népegészségügyi stratégiai prioritás is egyben.

Az elmaradásnak számos lehetséges oka lehet, amelyek feltárása további vizsgálatokat igényelne. Ilyen okok lehetnek például:

- **Finanszírozási hiányosságok:** Elégtelen források a kutatásokra, a nemzetközi konferenciákon való részvételre, vagy a magas impakt faktorú folyóiratokban való publikálás díjaira.

- **Kutatási infrastruktúra:** Hiányzó vagy elavult infrastruktúra, adatgyűjtési és elemzési kapacitások.
- **Szakmai képzés és mentorálás:** Elégtelen képzés a tudományos publikálás módszertanában, a nemzetközi folyóiratok követelményeiben, vagy a kutatói karrierpályák megfelelő mentorálásának hiánya.
- **Nemzetközi kollaboráció hiánya:** Korlátozott számú nemzetközi kutatási együttműködés, amelyek jellemzően növelik a publikációk láthatóságát és idézettségét.
- **Nyelvi korlátok:** Bár a szakirodalom angol nyelvű, a magyar szakemberek angol nyelvtudásának szintje és a tudományos angol nyelvű íráskészség fejlesztést igényelhet.
- **Kutatás és gyakorlat szétválasztása:** A gyakorlati népegészségügyi munka és az akadémiai kutatás közötti szinergiák gyengése, ami korlátozhatja a releváns kutatási kérdések azonosítását és az eredmények disszeminációját.

Ezen eredmények fényében elengedhetetlen, hogy a magyar népegészségügyi szakma és a döntéshozók stratégiai intézkedéseket hozzanak a publikációs aktivitás és a nemzetközi láthatóság javítására. Ez nem csupán egy tudomány-metrikai probléma orvoslása, hanem a hazai lakosság egészségi állapotának javítását célzó, hosszú távú befektetés. A bemutatott adatok éles képet festenek a jelenlegi helyzetről, és alátámasztják azt a sürgető igényt, hogy a magyar népegészségügy felzárkózzon a nemzetközi élmezőnyhöz.

Ennek a célkitűzésnek az eléréséhez nélkülözhetetlen a szakterület átfogó megújítása. A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület éppen ezért készítette el a „ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ.

Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról” (Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület Multidiszciplináris Munkacsoportja, 2023) című szakmai koncepciót. Ez a dokumentum nem csupán a hazai népegészségügy elmaradottságának összetett okait tárja fel részletesen, hanem a hazai és nemzetközi elméleti megfontolásokra és gyakorlati tapasztalatokra építve, figyelemmel az ország sajátosságaira, konkrét beavatkozási irányokat is kijelöl.

Meggyőződésünk, hogy a szakterület átfogó reformja elengedhetetlen feltétele nem csupán a magyar szakemberek publikációs teljesítményének jelentős javításához, hanem a népegészségügyi intervenciók hatékonyságának növeléséhez, és végső soron a magyar lakosság egészségesebb és hosszabb életéért vívott küzdelem sikeréhez is.

HIVATKOZÁSOK

- Bornmann, L., & Daniel, H.-D. (2008). What do we know about the h-index? *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 59(9), 1419–1425. <https://doi.org/10.1002/asi.20609>
- Clancy, C. M., Glied, S. A., & Lurie, N. (2012). From research to health policy impact. *Health services research*, 47(1 Pt 2), 337–343. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01374.x>
- Costas, R., & Bordons, M. (2011). The h-index: A comprehensive bibliometric analysis of its strengths, weaknesses, and key applications. *Journal of Informetrics*, 5(2), 332–339. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2007.02.001>
- Devakumar, D., Shikanai Yasuda, S. R., & Sutaria, S. (2015). The limits of research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(5), 199–200. <https://doi.org/10.1177/0141076815577237>
- Hicks, D., Wouters, P., Waltman, L., de Rijcke, S., & Rafols, I. (2015). Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics. *Nature*, 520, 429–431. <https://doi.org/10.1038/520429a>
- Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület Multidiszciplináris Munkacsoportja (2023) ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról. Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Budapest <https://drive.google.com/file/d/1EvRJyadT7bK8YeaxuMzi5ys8vgQMVGYs/view>
- Vitrai, J., Bíró, É., Girán, J., Kollányi, Zs., Pipicz, M., Somhegyi, A., & Várfalvi, M. (2021). Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. *Egészségfejlesztés*, 62(1). <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/11140>
- Vitrai, J. (2024). Vizuális kivonat: Magyarország – Egészségügyi országprofil 2023. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(1), 11–14. <https://doi.org/10.58701/mej.14086>
- Vitrai, J. (2024). Szakdokumentum: Halálózás Magyarországon 2023: Keresztmetszeti és időbeli elemzés a 2023-ban elérhető adatok alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(1), 24–27. <https://doi.org/10.58701/mej.14091>
- Waltman, L. (2016). A review of the literature on citation impact indicators. *Journal of Informetrics*, 10(2), 365–391. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2016.02.007>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 07. 01.
Elfogadva: 2025. 07. 31.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: A 2024-es Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (ESPAD) nemzetközi gyorsjelentés főbb megállapításai

Report: Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD International report – key findings

Ismertető: [Arnold Petra](#)

Doi: [10.58701/mej.19657](https://doi.org/10.58701/mej.19657)

Ismertetett dokumentum: ESPAD Group (2025). *Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*, European Union Drugs Agency, Lisbon, https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en

Kulcsszavak: európai serdülők; alkohol-, drogfogyasztás; dohányzás; viselkedési függőségek; mentális jóllét
Keywords: *European adolescents; alcohol-, drug use; smoking; behavioural addictions; mental well-being*

Az Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) nemzetközi kutatássorozat legfrissebb, 2024-es nemzetközi eredményeket leíró gyorsjelentése 2025 tavaszán jelent meg. Az ESPAD több országot átívelő nemzetközi kutatási projekt, amely több mint negyven európai ország független kutatócsoport együttműködésének az eredménye. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor huszonhat európai ország részvételével, a legutóbbi, nyolcadik hullám pedig 2024-ben harminchét európai országban 113 882 15–16 éves diák bevonásával valósult meg. Ennek fényében a gyorsjelentés harminc éves jubileumi kiadványnak tekinthető. Az ESPAD koordinátora a *Consiglio Nazionale delle Ricerche* (CNR Pisa), a kutatássorozat együttműködik a *European Union*

Drugs Agency (EUDA) szervezettel, illetve a kutatást kezdetektől támogatja a *Council of Europe Pompidou Group*. A 2024-es adatfelvételben a következő országok vettek részt: Ausztria, Bulgária, Horvátország, Ciprus, Csehország, Dánia, Észtország, Feröer szigetek, Finnország, Franciaország, Grúzia, Németország, Görögország, Magyarország¹, Izland, Írország, Olaszország, Koszovó, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Málta, Moldova, Monaco, Montenegró, Hollandia, Észak-Macedónia, Norvégia, Lengyelország, Portugália, Románia, Szerbia, Spanyolország, Svédország, Szlovákia, Szlovénia, Ukrajna. A kutatássorozat azzal a céllal indult, hogy időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön a középiskolás fiatalok dohányzásáról (e-cigaretta is), alkohol- és drogfogyasztási szokásokról, valamint a viselkedési addikciókról (pl. videó-, sze-

¹ A 2024-es hazai adatfelvétel finanszírozói: NKFIH K146029, HUN-REN-Corvinus Társadalomepidemiológiai Kutatócsoport, Kodolányi János Egyetem Szociológia Tanszék. Kutatásvezetők: Elekes Zsuzsanna, Arnold Petra.

rencsejáték, közösségi média függőség). A 2024-es hullámban a kutatás hangsúlyt helyez a mentális jólétre és a prevenciós tevékenységekre is, felismerve e tényezők egyre nagyobb jelentőségét a serdülők egészségi állapota alakításában. A kutatás legfontosabb célja, hogy hosszú távon mérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat, összehasonlítva az országoként eltérő trendeket.

A gyorsjelentés első felében az ESPAD 8. hullámának főbb eredményeit olvashatjuk, majd fejezetenként kerülnek bemutatásra először a 2024-es eredmények, majd a harminc éves trend főbb megállapításai a következő témák mentén: dohányzás, e-cigaretta-használat, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, kannabisz, egyéb drogok (új pszichoaktív szerek, orvosi javallat nélküli visszaélészerű gyógyszerek), szerencsejáték, videójáték és közösségi média, mentális jólét és prevenció. Az online kiadvány a főbb eredményeket, az európai országokban megfigyelhető súlyozatlan átlagprevalenciákat mutatja be az egyes indikátorokra vonatkozóan, illetve a kiemelkedően magas vagy alacsony prevalenciákat mutató országokat említi meg. A hazai adatok részletes elemzésére nem tér ki a kiadvány.

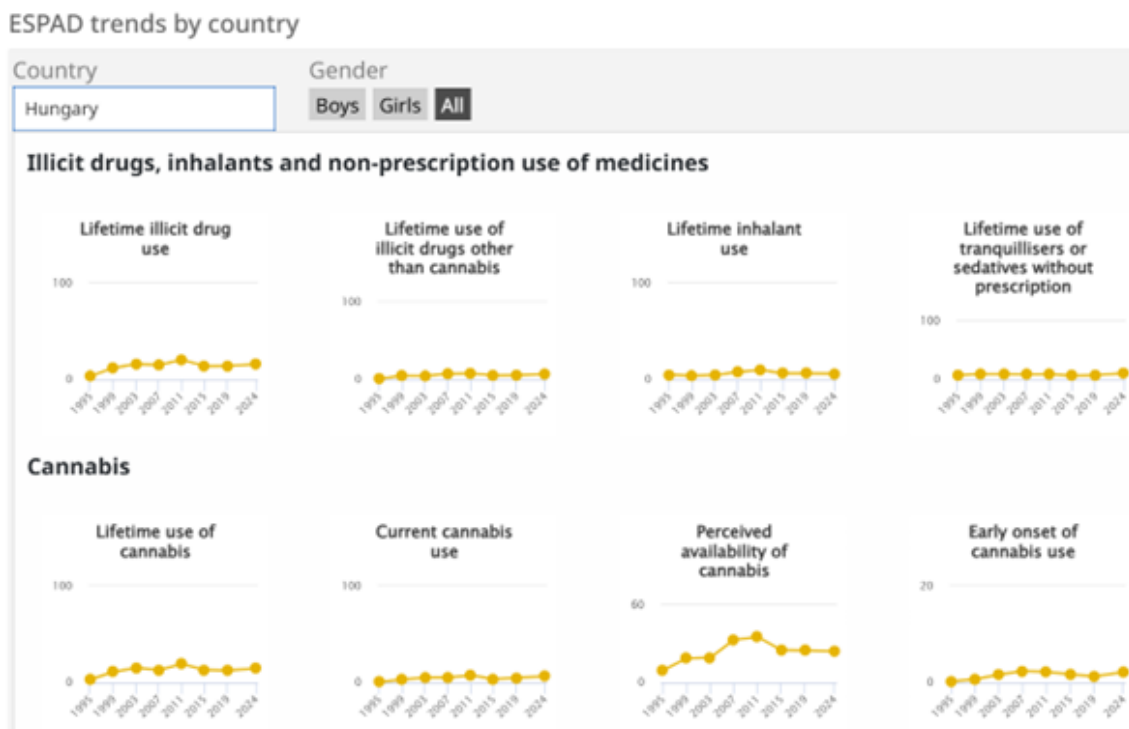
A gyorsjelentésben többek között megtudhatjuk, hogy a dohányzásban jelentős csökkentés tapasztalható európai átlagban, azonban a serdülők körében jelentősen megnőtt az e-cigaretta használata. Ugyanígy az alkoholfogyasztás is csökkent az elmúlt években, az összefogyasztás és a nagyivás is mérséklődött. A javuló tendencia ellenére azonban az alkohol továbbra is népszerű a fiatalok körében, a mértéktelen ivás egyes régiókban továbbra is jelentősebb. A tiltott drogok és a leggyakrabban használt szer, a kannabisz esetében is csökkenés figyelhető meg. A nemek közötti különbség is csökkenő

tendenciát mutat a drogok tekintetében, bár a fiúk jellemzően még mindig nagyobb arányú használatról számolnak be. Mindeközben a lányok körében a visszaélészerű gyógyszerfogyasztás nőtt.

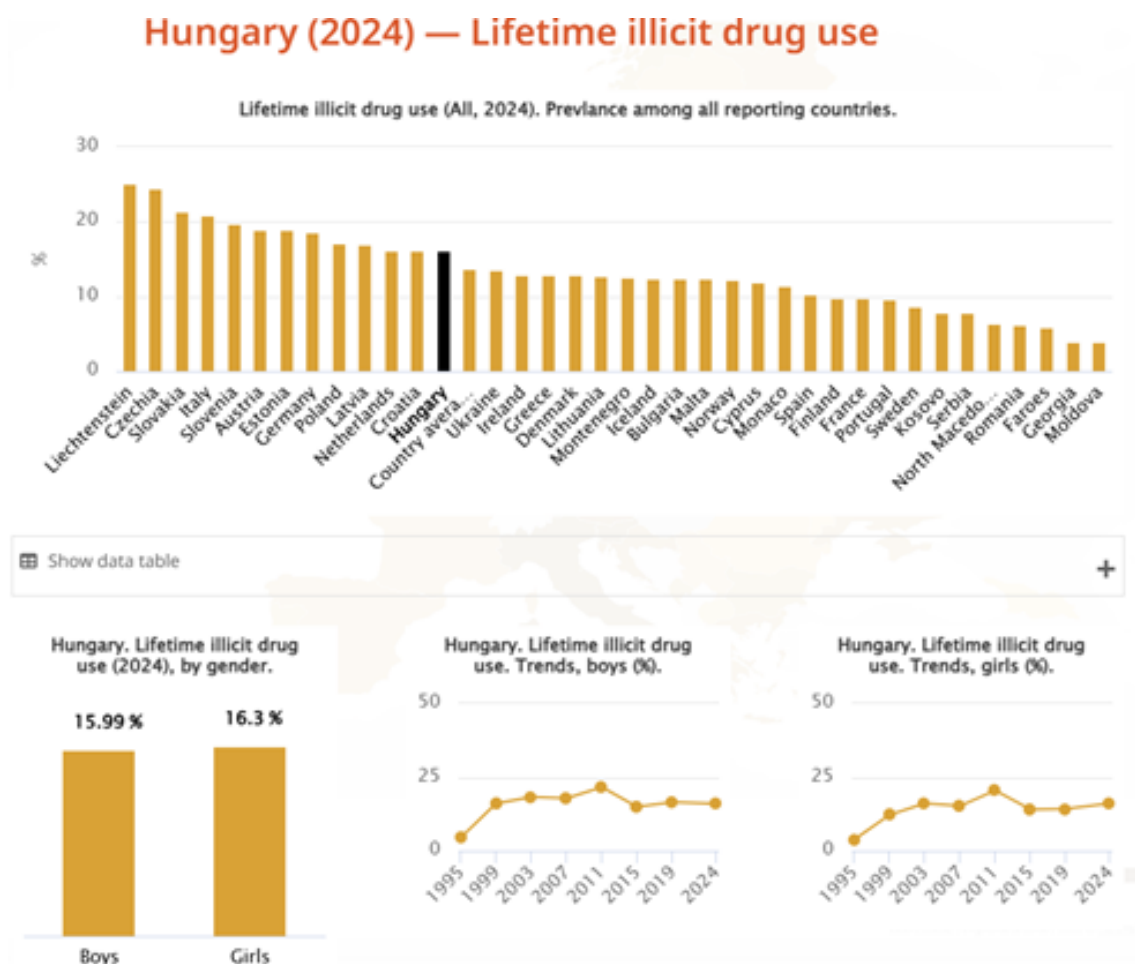
Az európai diákok körében egyre népszerűbb a videójáték, különösen a lányok esetében tapasztalható növekedés. A problémás közösségimédia-használat is aggodalomra ad okot, különösen a fiúk körében, továbbá a problémás szerencsejáték csaknem megduplázódott. Az európai diákok több mint fele számolt be jó mentális jólétről, azonban jelentős regionális különbségek figyelhetők meg. A prevenció széles körben elterjedt, a legtöbb diák már legalább egy prevenciós foglalkozáson részt vett. A prevenciós foglalkozásokon az alkohol a leggyakrabban tárgyalt tematika, míg a tiltott szerek és a viselkedési függőségek kevésbé jelennek meg a programban. A készség-alapú, interaktív megközelítéseket hangsúlyozó prevenciós programok Nyugat- és Dél-Európában elterjedtebbek.

A gyorsjelentésben szerepel egy adatvizualizációs felület is (ESPAD *Data Explorer*. n.d.), ahol országok és indikátorok mentén lehet keresni és ábrákat megjeleníteni felhasználóbarát módon. A fogyasztási ráták összesítve és nemi bontásban szerepelnek, az európai súlyozatlan átlag, valamint az egyes országokban megfigyelhető prevalencia ráták alapján lehet készíteni trend ábrákat 1995 és 2024 közötti időszakra vonatkozóan. Minde mellett térképes nézetben is meg lehet jeleníteni az egyes indikátorokat megjelölve az adatfelvételi évet. (Az alábbi ábrák (1. és 1. ábra) részletes elemzése majd egy későbbi kiadványban olvasható, az alábbi ábrákat – adatvizualizációs felületről készített fotókat – csupán illusztrálásképpen jelenítettük meg.)

2. ábra: Adatvizualizációs felület a magyar droghasználati mutatókra leválogatva (Forrás: ESPAD Data Explorer)



1. ábra: Adatvizualizációs felület a magyar tiltottszerhasználat életprevalencia mutatóra leválogatva (Forrás: ESPAD Data Explorer)



A gyorsjelentés az ESPAD történetében először készült el és harminchárom nyelven érhető el, kivéve az adatvizualizációs felületet, amely csak angolul jeleníti meg az indikátorokat. Az online kiadvány a főbb eredményeket mutatja be, az átfogóbb, 2024-es ESPAD-jelentés: az európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról eredményei 2025 októberében lesznek publikusak. A kutatás nagy hangsúlyt fektet arra, hogy a szerhasználat szociológiai és pszichológiai háttértényezőit is vizsgálja, mint például a szocio-demográfiai jellemzőket, a családi, iskolai hátteret, a baráti kapcsolatokat, a szabadidős tevékenységeket, a mentális egészséget és a depressziót. A hazai prevalenciákat és háttérelmzéseket bemutató magyar jelentés várhatóan 2025 telén jelenik meg.

AJÁNLÁS

Az ESPAD gyorsjelentés ajánlott kutatók, szakértők, szakpolitikusok számára, emellett mindenki számára, aki a téma iránt érdeklődik és mélyrehatóbban szeretné megismerni a főbb eredményeket, európai trendeket a serdülők dohányzása, alkohol-, drogfogyasztása, a viselkedési függőségek és a mentális jólét tekintetében. Az adatvizualizációs felület révén az adatok közvetlenül hozzáférhetők, így a kutatók, szakértők számára lehetőség nyílik másodelemzések elkészítésére. Az ESPAD eredmények kulcsfontosságú szerepet töltenek be és jelentős adalékkal szolgálnak a hatékony szakpolitikai döntésekhez és bizonyítékon alapú beavatkozások megtervezéséhez, így kiemeleten ajánlott az adatok mélyrehatóbb megismerése szakpolitikusok, illetve a prevenció területén dolgozó szakértők vagy akár pedagógusok számára is.

HIVATKOZÁSOK

ESPAD Group (2025). *Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*, European Union Drugs Agency, Lisbon, https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en

ESPAD DATA EXPLORER (N.D.) https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Arnold Petra
Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Addiktológiai Tanszék, Budapest
arnold.petra@semmelweis.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 03.
Elfogadva: 2025. 07. 04.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

RECENZÍÓK

Szakdokumentum: Európai Kábítószer-jelentés 2025

*Report: European Drug Report 2025***Ismertető:** [Péterfi Anna](#)**Doi:** [10.58701/mej.19842](https://doi.org/10.58701/mej.19842)**Ismertetett dokumentum:** European Union Drugs Agency. (2025). European Drug Report 2025: Trends and Developments. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en**Kulcsszavak:** kábítószer-használat; kábítószerpiac; kábítószer monitorozás**Keywords:** drug use; drug market; drug monitoring

Az Európai Unió Kábítószer-ügynöksége (továbbiakban: EUDA) évente publikálja éves jelentését az európai kábítószer-helyzetről¹ (EUDA, 2025), és az ahhoz felhasznált adatokat egy statisztikai bulletin formájában. A beszámoló néhány éve már kizárólag digitális formában jelenik meg, első körben angol nyelven, majd a többi uniós nyelven is elérhetővé válik néhány hónappal a publikációt követően az EUDA honlapján. Az éves jelentések összeállításához az elérhető legfrissebb adatokat az EUDA az uniós tagállamokban, illetve a Norvégiában és Törökországban működő nemzeti fókuszpontjai, valamint a kábítószerrel kapcsolódó területen tevékenykedő uniós társlugynökségek (pl. Europol, EMA) biztosítják. Mindezek mellett a beszámoló egyre nagyobb mértékben épít uniós szintű kutatási projektekre is, mint amilyen a nemzetközi szennyvízvizsgálat², az ESCAPE³ (fecskendők anyagmaradványának vizsgálata), az EWSD⁴ (online survey

aktív droghasználók körében) vagy az ESPAD⁵ (iskoláskorúak szerhasználati szokásainak vizsgálata). A dokumentum elsősorban a döntéshozókat és a területen dolgozó szakembereket célozza, de közérthető stílusa miatt laikus érdeklődők számára is emészthető olvasmány.

A jelentési csomag moduljai között található egy, a legfontosabb fejleményeket összefoglaló modul, egy az Európai kábítószerpiacot bemutató modul, majd a legelterjedtebb, illetve a szerhasználat következményei szempontjából legjelentősebb szerek moduljai következnek az egyes szerek piacának, használatának, a használat következményeinek és az arra adott válaszlépések bemutatásával. Végül az intravénás szerhasználatról, a fertőző betegségekről, az opioid agonista kezelésről és a kábítószer-használattal összefüggő halálózásról elérhető adatokat, illetve az Európában hozzáférhető ártalomcsökkentő beavatkozásokat mutatja be az

¹ https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/drug-situation-in-europe-up-to-2025_en

² https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

³ https://www.euda.europa.eu/topics/escape_en

⁴ https://www.euda.europa.eu/activities/european-web-survey-on-drugs_en

⁵ <https://www.espad.org/>

EUDA egy-egy modulban. Az alábbiakban ebből adunk rövid összefoglalást.

Európában továbbra is széles körben elérhetők a kábítószeresek, a piac egyre szélesedő palettával szolgál. Az újonnan megjelenő szerek sokszor magas hatás-erősségűek és nagy tisztaságúak, miközben az egészségügyi következményeikről még korlátozott információval rendelkezünk. Néhány szer esetében, melyre példaként a kannabiszt említik, a fogyasztásra alkalmas termékek folyamatos bővülése jellemző, vagyis ezen szerek több célra és egyre több formátumban férhetők hozzá.

A kábítószer-kereskedelemmel foglalkozó szervezett bűnözés nagyban támaszkodik a kereskedelmi áruszállításban alkalmazott intermodális konténerekben történő csempészetre a tengeri útvonalakon, mellyel némely kikötővárosokat jelentős mértékben érint. Az elérhető információk azt mutatják, hogy a kábítószeresek retail kereskedelmében egyre nagyobb szerepet játszanak a közösségi média platformok és alkalmazások. Ezen platformok eszközei a fiatalok csempészetbe és a kereskedelembé, egyes esetekben a kábítószer-kereskedelemmel összefüggő irányított megfélemlítő és erőszakos akciókba történő bevonásának is.

Az Európában elterjedt kábítószeresek közül a kannabisz továbbra is a leggyakrabban használt szer. A felnőtt lakosság 8,4%-a (kb. 24 millió fő) fogyasztott kannabiszt az elmúlt év során, ebből körülbelül 4,3 millió fő napi vagy közel napi rendszerességgel használja, ők vannak leginkább kitéve az egészségügyi problémáknak. A kivonatok (*extracts*) és ehető termékek (*edibles*) terjedése különösen aggasztó, ezek szerepe látható az akut mérgezési, és a kórházi sürgősségi ellátást igénylő esetekben. A kannabisz szabályozási megközelítések egyre diverzifikáltabbá válnak Európában.

Málta, Luxemburg és Németország is a szabályozott használat irányába lépett a fogyasztók védelmében, míg Hollandia jelenleg vizsgálja egy új szabályozási modell bevezetésének lehetőségét.

A kokain a második legelterjedtebb kábítószer Európában, melynek hozzáférhetősége évek óta növekedést mutat: 2023-ban immár hetedik éve dönt éves rekordot a hatóságok által lefoglalt mennyiség. Elsősorban a tengeri útvonalakon történő csempészet teszi lehetővé az anyag nagy mennyiségben történő Európába juttatását, mellyel párhuzamosan növekszik a kokain EU-n belüli illegális feldolgozása is. Hozzávetőlegesen 2,7 millió fiatal (15–34 éves) számolt be elmúlt évi kokainhasználatáról. A kokainhasználat miatt kezelésbe kerülők számának változása is megerősíti a szer elterjedtségének, és így az azzal összefüggő egészségügyi problémáknak a növekedését: 2018 és 2023 között 31%-kal emelkedett a kokain miatt kezelést igénylők száma.

Az ember- és állatgyógyászatban egyaránt alkalmazott ketamin elmúlt évi használatáról a 2024-es „Európai Online Felmérés a Droghasználatról” (*European Web Survey on Drugs*) című vizsgálat eredményei szerint a valamilyen drogot használók 14%-a számolt be. Bár a ketamin miatt kezelésbe kerülők száma továbbra is alacsony, a használat gyakran több szerrel kombinációban történik, ami fokozza a szerhasználat kockázatait.

A szintetikus stimulánsok Európán belüli gyártása és az ehhez kapcsolódó előanyagok (prekurzorok) lefoglalása meredeken nőtt az elmúlt időszakban. 2023-ban 178 tonna prekuzort foglaltak le a hatóságok, szemben az elmúlt évtized 54 tonnás éves átlagával. Továbbra is jelentős mennyiségű szintetikus katinon érkezik Indiából, főként Hollandián keresztül, mellyel pár-

huzamosan európai gyártása is kimutathatóan emelkedik.

Bár az opioidok fogyasztása populációs szinten jellemzően alacsony Európában, ezen szerek továbbra is vezető szerepet játszanak a túladagolások haláleseteiben, illetve a kábítószer-használattal összefüggő kezelési igényben. A piacot tekintve nagy figyelem vetül az Európai heroin fő forrásaként azonosítható Afganisztánra. 2022-ben az Tálib hatalomátvételt követően betiltották az ópium mák termesztését az országban, mely – az EUDA adatai szerint – jelentősen lecsökkentette a termesztett mennyiséget. A visszaesés hatását egyelőre késleltetik az Afganisztánban található felhalmozott készletek, melyek mennyisége, és így egy esetleg heroin hiány bekövetkezésének ideje bizonytalan. Ezzel párhuzamosan aggodalomra ad okot a rendkívül nagy hatáserősségű, így könnyen túladagolható új szintetikus opioidok (pl. nitazének) európai jelenléte.

A jelentés kiemeli két különösen kockázatos szerhasználati mintázat, a polidrog-használat (többféle szer egyidejű használatának) és az intravénás szerhasználat szerepét a szerhasználat következményeivel összefüggésben.

Ahogy a bevezetőben is rámutattunk, egyre több olyan összehangolt európai vizsgálat van, melyek eredményei rendkívül fontosak az európai helyzetkép megrajzolásában. Ezek közül az egyik az iskoláskorúak reprezentatív európai vizsgálata az ESPAD. A vizsgálat 4-5 évente méri a különböző legális és illegális szerhasználati magatartások elterjedtségét a 15-16 éves populációban. Ezek alapján a kannabisz még mindig a leggyakrabban használt tiltott szer az iskolások körében, ugyanakkor 1995 és 2024 között egyre csökken azon fiatalok aránya, akik kipróbálják a kannabiszt. Ezzel párhuzamosan a többi illegális szer összesített használata is

visszaszorulni látszik, és a szerhasználati mutatókban csökken a nemek közötti különbség is.

Az uniós jelentés tartalma sokat változott az elmúlt évtizedben. Az egyes témaköröket részletező, tudományosabb jellegű és nyelvezetű, az értelmezési limitációkat és forrásokat részletesen feltüntető jelentéseket lassan felváltották a rövidített, moduláris, közérthetőbben, a területek és a témakörök közti összefüggésekre hangsúlyosabban rávilágító jelentések. A változás a tartalom mellett a formátumot is jelentősen érintette. A korábban nyomtatott és a tagállamokba is eljuttatott, lineáris felépítésű kiadvány helyett a jelentési csomag ma már ún. *“digital first”* vagyis elsősorban digitális felhasználásra készülő moduláris szerkezetű kiadvány, interaktív adatmegjelenítési lehetőségekkel, hiperlinkekkel a kiadvány kapcsolódó moduljaira és az ügynökség más termékeire mutatva.

AJÁNLÁS

Az Európai Kábítószer-jelentés 2025 című szakdokumentum az Európai Unió Kábítószer-ügynökségének (EUDA) legfrissebb és legátfogóbb áttekintését nyújtja a kontinens kábítószer-helyzetéről. Ez a jelentés nem csupán statisztikai adatok gyűjteménye; alapvető fontosságú forrás a döntéshozók, a szakemberek és mindenki számára, aki mélyebben megértené a kábítószer-használat és a kábítószerpiac folyamatosan változó dinamikáját Európában. A dokumentum részletesen elemzi a legelterjedtebb szerek (pl. kannabisz, kokain, opioidok) trendjeit, a piac fejlődését, az új szerek megjelenését, valamint a kábítószer-használattal összefüggő egészségügyi következményeket és az ártalomcsökkentő beavatkozásokat. Különös figyelmet fordít a modern monitorozási módszerekre, mint például a szenny-

vízvizsgálatokra, illetve rávilágít az oktatás és a kutatás szerepére a megelőzésben. A jelentés modularitásának és közérthető nyelvezetének köszönhetően kiválóan

alkalmas arra, hogy a szélesebb közönség számára is bepillantást engedjen Európa egyik legnagyobb közegészségügyi és társadalmi kihívásába.

HIVATKOZÁSOK

European Union Drugs Agency. (2025). European Drug Report 2025: Trends and Developments.
https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Péterfi Anna
ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest
peterfi@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 31.
Elfogadva: 2025. 08. 03.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségeinek változása Magyarországon

Report: Changing income inequality in life expectancy in Hungary

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19297](https://doi.org/10.58701/mej.19297)

Ismertetett dokumentum: Bíró, A., Hajdu, T. & Kertesi, G. (2025) A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségei Magyarországon 1992–1993 és 2022–2023 között. In: Hermann, Z. & Varga, J. (Eds.) *Munkaerőpiaci Tükör 2023–2024*, (pp. 106–111) HUN-REN Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest

Kulcsszavak: egyenlőtlenség; várható élettartam; jövedelem; Magyarország

Keywords: inequality; life expectancy; income; Hungary

BEVEZETÉS

Ez a cikk egy olyan demográfiai kutatási területre épül, amely széles körben elfogadja a jobb társadalmi helyzet és a hosszabb várható élettartam közötti pozitív kapcsolatot. Ezt az összefüggést számos országra és időszakra kiterjedő kutatások is alátámasztják, statisztikailag megbízhatónak és jelentősnek bizonyulva.

A magyarországi szakirodalom nagyrészt az iskolai végzettséget (mint a társadalmi helyzet egyik mutatóját), a halandóságot (mint az egészségi állapot mérőszámát) és a tágabb földrajzi régiókat vizsgálta. Ezek a hazai tanulmányok hasonló tendenciákat mutattak ki, mint a más fejlett országokban végzett kutatások.

MÓDSZERTAN

A tanulmány a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) országos halálozási regiszterét használta elsődleges adatforrásként. Ez a

regiszter minden egyes magyarországi halálozásról részletes információt tartalmaz, mint például az elhunyt neme, életkora, lakóhelye és a halál oka. Ezt az adatbázist kiegészítették a településszintű, nem- és életkorspecifikus népességadatokkal, valamint a Területi Információs Rendszer (TeIR) adatbázisából származó, településszintű személyi jövedelemadó (SZJA) adatokkal. Az elemzéseket két időszakra, az 1992–1993-as és a 2022–2023-as évekre végezték el.

A kutatók a települések egy lakosra jutó belföldi jövedelme (az SZJA-alapot képező jövedelem) alapján tíz településcsoportot hoztak létre. A legalacsonyabb jövedelmi kategória a lakosság legszegényebb településeken élő 10 százalékát öleli fel, míg a legmagasabb jövedelmi csoport a leggazdagabb településeken élő 10 százaléknyi népességet reprezentálja. Ezt követően a tíz jövedelmi decilisre vonatkozóan nem- és életkor-specifikus halálozási arányokat számítottak. Ezek alapján határozták meg a jövedelemspecifikus,

születéskor várható élettartamokat. Fontos megjegyezni, hogy a születéskor várható élettartam nem projekció, hanem azt mutatja meg, hogy ha egy adott időszak (jellemzően: a jelen) korszpecifikus halálozási valószínűségei lennének érvényesek az újszülött kohorsz teljes életpályáján, akkor átlagosan hány évet élnének a kohorsz tagjai. Ez a mérőszám kiküszöböli az egyes országok, időszakok, populációk eltérő életkoreloszlásából adódó különbségeket, így a mortalitási arányokkal szemben pontosabb összehasonlítást tesz lehetővé a halálozási viszonyok között.

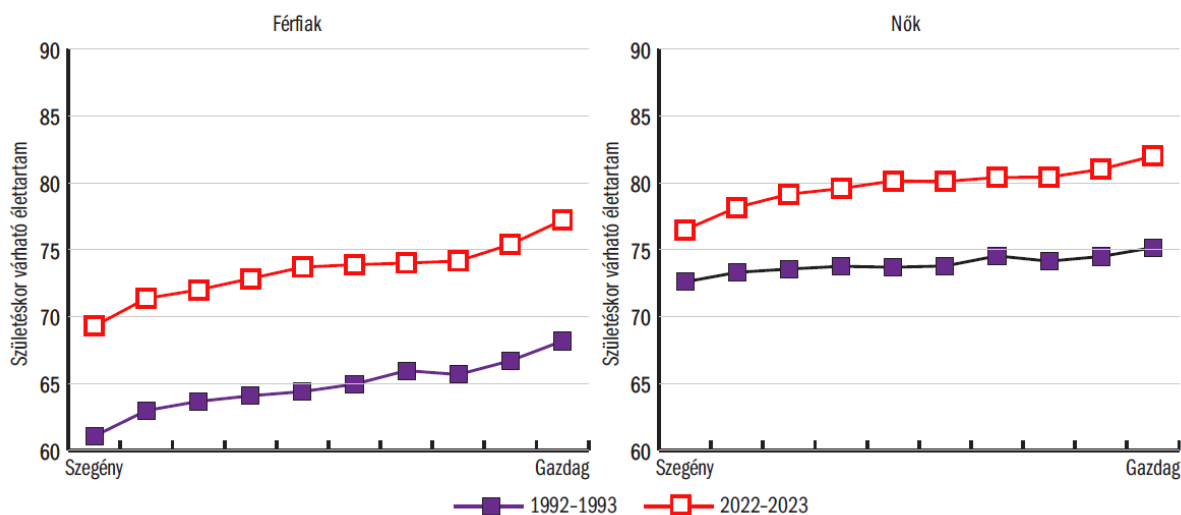
A jövedelmi különbségek vizsgálatakor azt is meghatározták, hogy a különböző életkorokban bekövetkező halálozási különbségek milyen mértékben járulnak hozzá a születéskor várható élettartam jövedelmi

különbségeihez. Emellett a halálokok szerinti mortalitási arányok segítségével számszerűsítették, hogy egyes halálokok eltérő mortalitási mintázatai mekkora szerepet játszanak a jövedelmi különbségek kialakulásában. Ezekhez a számításokhoz dekompozíciós technikát alkalmaztak.

EREDMÉNYEK

Az elemzés rávilágított, hogy a várható élettartamban jelentős nemek közötti különbségek tapasztalhatók mindkét vizsgált időszakban. [1. ábra] Az 1990-es évek elején a nők átlagosan nyolc, a 2020-as évek elején pedig hat évvel éltek tovább a férfiaknál. Harminc év alatt a férfiak várható élettartama átlagosan nyolc, a nőké öt évvel javult.

1. ábra: A születéskor várható élettartam jövedelmi tizedek szerint 1992–1993-ban és 2022–2023-ban férfiakra és nőkre (Forrás: az ismertett tanulmány)



A jövedelmi gradiens sokkal meredekebb a férfiaknál, mint a nőknél. 2022–2023-ban a legmagasabb és legalacsonyabb jövedelmű településcsoportok közötti várható élettartam-különbség férfiaknál 7,9 év, nőknél 5,5 év volt. Megállapítható, hogy a

várható élettartamban mért jövedelmi egyenlőtlenségek számottevően nőttek az elmúlt 30 évben. Bár a férfiaknál ez a növekedés kisebb mértékű (az 1992–1993-as 7,1 évről 2022–2023-ra 7,9 évre, azaz 10%-kal emelkedett), a nőknél drámai

változás történt: a különbség 2,6 évről 5,5 évre, vagyis több mint a duplájára nőtt. Ez annak a következménye, hogy amíg a legmagasabb jövedelmű nőknél a várható élettartam közel hét évvel nőtt, addig a legszegényebbek életkilátásai mindössze négy évvel javultak.

A kutatók azt is megvizsgálták, hogyan befolyásolja a halálozáskori életkor és a halálokok a várható élettartambeli jövedelmi egyenlőtlenségek alakulását. A halálozási életkor hatását illetően a férfiaknál a 18–49 éves korosztályban a jövedelmi különbség 1,7 évvel csökkent, míg az 50 év felettiekénél 2,5 évvel nőtt. Nők esetében a 18–49 éves kohorsz halálozási különbségei nem változtak, azonban az 50 év feletti korcsoportban 2,9 évvel növekedett. A legfiatalabbak halálozásában mért társadalmi különbségek hatása a várható élettartamra konstans maradt. A csecsemőhalandóság és az 1–17 éves fiúgyermek halálozásának jelentősége három évtized alatt nem változott, míg az 1–17 éves lánygyermek halálozása kismértékben növelte az egyenlőtlenségeket.

A halálteki összetevőket tekintve kiderült, hogy a daganatos és keringési eredetű halálozások szerepének időbeli változása befolyásolta a legnagyobb mértékben a várható élettartamban mért társadalmi különbségek növekedését. Különösen nagy változás figyelhető meg a daganatos betegségeknél a nők esetében, ahol kezdetben az alacsonyabb jövedelműek voltak előnyösebb helyzetben, de az időszak végére ez átfordult. Ez a változás megdöbbentő: harminc év alatt összességében közel 3 évvel nőtt a szegényebb nők daganatos eredetű halálozásnak betudható lemaradása – várható élettartamban mérve – a legmagasabb jövedelmi tizedhez képest. Ennek a növekedésnek több

mint fele arra vezethető vissza, hogy a daganatos betegségekből eredő halálozások jövedelmi csoportok közötti különbségeinek időbeli változásai növelték a legnagyobb mértékben a nőknél a várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségét.

ÖSSZEGZÉS

A kutatás eredményei egyértelműen rámutatnak, hogy a szegényebb társadalmi csoportok jelentős és egyre növekvő lemaradásban vannak a várható élettartam tekintetében. Ennek a különbségnek a csökkentése kiemelt társadalmopolitikai cél kell, hogy legyen. Ehhez természetesen elengedhetetlen az egészségügyi ellátásokhoz való egyenlő hozzáférés biztosítása.

Azonban az egyenlő esélyek megteremtése önmagában nem elegendő; proaktív egészségpolitikára van szükség. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi ellátórendszernek aktívan kezdeményeznie és ösztönöznie kell a rendszeres megelőző szűrővizsgálatokat, a krónikus betegek állapotának folyamatos ellenőrzését, valamint megalapozott, célzott és közérthető módon és folyamatosan népszerűsíteni és támogatnia kell az egészséges életmód követhető mintáit.

AJÁNLÁS

Ez a tanulmány meggyőző adatokkal támasztja alá, hogy a magyarországi egészség-egyenlőtlenségek nemhogy csökkentek volna az elmúlt 30 évben, hanem a nők körében kifejezetten nőttek.¹ Az elemzésből világosan kiderül, hogy a nem, a halálozási életkor és a halálokok együttesen, komplex interakcióban befo-

¹ Az egészségesegyenlőtlenségek földrajzi megoszlásáról lásd Kollányi, 2023

lyásolják a legszegényebbek és a leg-
gazdagabbak várható élettartama közötti
különbséget. Ez azt jelenti, hogy ezen
tényezők hatását nem lehet egymástól
függetlenül vizsgálni, és ez a felismerés a
kutatás egyik legnagyobb értéke az időbeli
egyenlőtlenségek növekedésének bemu-
tatása mellett.²

Fontos megjegyezni, hogy a szerzők az
egyenlőtlenségek csökkentésére az egész-
ségügyi ellátásokhoz való hozzáférés
növelését, valamint a felvilágosítás és a
motiváció erősítését javasolják. Azonban
szem előtt kell tartani, hogy a fizikai és
társas környezet is hangsúlyos szerepet
játszik az egészségben mutatkozó méltá-
nytalanságok megszüntetésében, és
ennek említése hiányzik az ajánlások
közül.

HIVATKOZÁSOK

- Bíró, A., Hajdu, T. & Kertesi, G. (2025) A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségei Magyarországon 1992–1993 és 2022–2023 között. In: Hermann, Z. & Varga, J. (Eds.) *Munkaerőpiaci Tükör 2023–2024*, (pp. 106–111) HUN-REN Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest
- Bakacs, M., Vitrai, J., Várhalmi, Z., Kaposvári, Cs., Herrman, D., Kabos, S., Lőw, A. (2008) A halandóságot befolyásoló egyéni biológiai és társadalmi-gazdasági tényezők hatásrendszerének vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 50:2371–2376.
- Kollányi, Zs. (2023) Az egészségi állapot egyenlőtlenségei Magyarországon. In: Szabó-Morvai, Á. & Pető, R. (Eds.) *Munkaerőpiaci Tükör 2022*, (pp. 169–175) HUN-REN Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 06. 05.
Elfogadva: 2025. 07. 13.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

² A halálozást befolyásoló tényezők interakciójáról részletesebben lásd Bakacs et al., 2008

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A szerhasználat nem választás, hanem létstratégia

Article review: Substance use is not a choice, but a survival strategy

Ismertető: [Rácz József](#)

Doi: [10.58701/mej.19710](https://doi.org/10.58701/mej.19710)

Ismertetett cikk: Sik, D., Szécsi, J., Rácz, J., Neogrády-Kiss, M., Demetrovics, Z., Kaló, Z., Kapitány-Fővény, M., & Kovács, A. (2025). Structural deprivation, rural segregation, and substance use – A Hungarian case study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01521-2>

Kulcsszavak: új pszichoaktív szerek; vidéki közösségek; szegregátumok; eszkepizmus; kevert módszertan
Keywords: new psychoactive substance; rural community; segregates; escapism; mixed-methods

ELŐZMÉNYEK

A tanulmány kiindulópontja az új pszichoaktív szerek (NPS) gyors elterjedése a hátrányos helyzetű, rurális (vidéki) szegregátumokban. Míg a városi szerhasználatot a szakirodalom bőségesen tárgyalja, a vidéki szegregációs terekben zajló folyamatok kevésbé ismertek. A szerzők célja annak feltárása, hogy a szerhasználat inkább oka vagy következménye-e a strukturális deprivációnak (rendszerszintű hátrányos helyzetnek), és milyen ideáltipikus viselkedésminták mentén értelmezhető az absztinencia (józság, a szerhasználattól való tartózkodás) és a használat. A kutatás alapját a „viselkedési deprivációs konstelláció” képezi, amely a jelenorientáltságot, a traumatikus múltat, a szűkös jövőképet és az ebből következő menekülési stratégiákat helyezi középpontba. A tanulmány kereteit egy interdiszciplináris elméleti modell adja, amely ötvözi a szociológiai, pszichológiai és fenomenológiai (élményalapú) értelmezéseket. Ezt a komplexitást három fő szinten

vizsgálják: a strukturális depriváció kontextusa, a szubjektív időtudat és a traumatikus tapasztalatok, valamint az ezekre adott viselkedési reakciók (pl. szerhasználat). A kutatás folytatása a hazai szegregátumokban végzett munkának, ami az új pszichoaktív szerek használatát kutatta ebben a közegben (Csák és mtsai, 2020).

MÓDSZERTAN

A terepmunka három magyar faluban zajlott 2022-ben, amelyek a szegregációs szint és a szerhasználati mintázatok szerint különböztek. A 425 fős mintát célzott mintavétellel és „hólabda” technikával gyűjtötték össze, a helyi szociális munkások közreműködésével. A résztvevők egy 30 perces kérdőívet töltöttek ki, amely 12 pszichoszociális változót mért (pl. bizalom, jövőkép, kontrollérzet, trauma, pszichológiai distressz). A tanulmány kevert módszertana kvantitatív kérdőíves adatfelvételen (N = 407 érvényes eset) és klaszterelemzésen alapul. Ezeket kvalitatív

esettörténetek és kontextuális értelmezések egészítik ki, amelyek révén a statisztikai klaszterek társadalmi pozícióként és életvilágokként nyernek jelentést. Az adatelemzés során klaszteranalízist alkalmaztak az ideáltipikus csoportok azonosítására, majd khi-négyzet próbával vizsgálták a demográfiai és strukturális háttérváltozók összefüggéseit.

EREDMÉNYEK

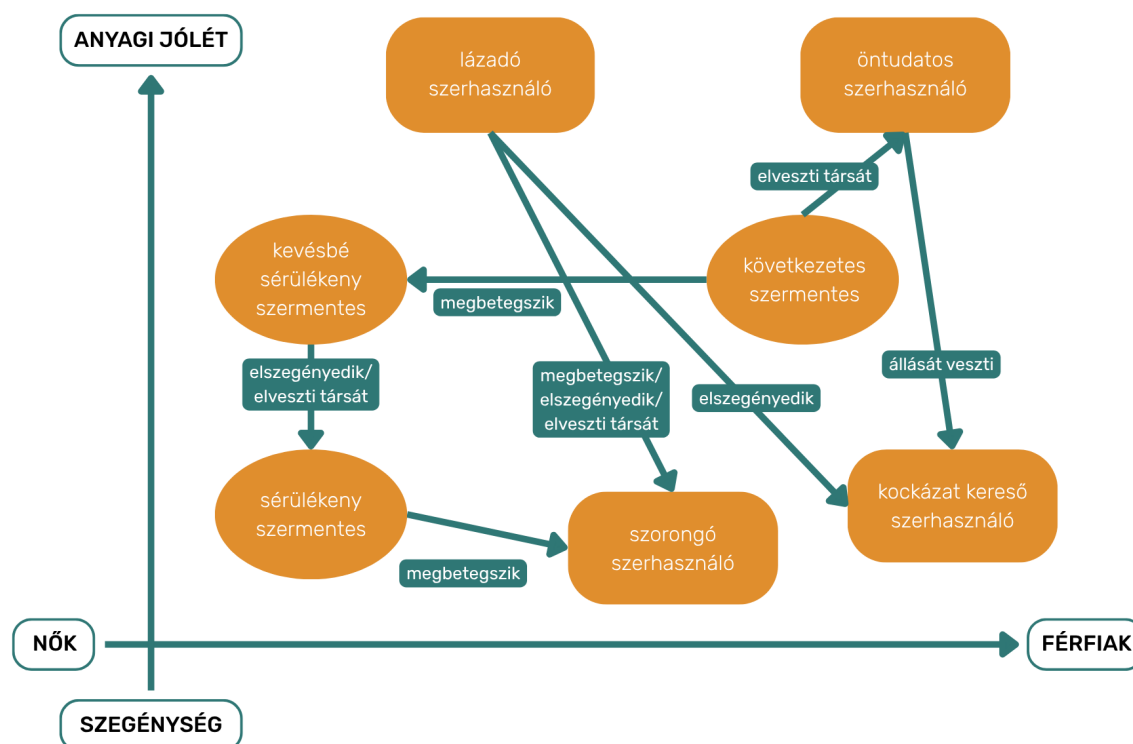
A szerzők hét ideáltipikus klasztert azonosítottak: [1. ábra]

1. Kockázatvállaló szerhasználók (6,6%) – magas pszichés és szociális depriváció, kontrollvesztés.

2. Konzisztens absztinensek (28,5%) – stabil társadalmi pozíció, alacsony pszichológiai terheltség.
3. Önszabályozó használók (12,1%) – anyagi biztonság, de párkapcsolati hiány, kontrollált szerhasználat.
4. Enyhén vulnerábilis absztinensek (17,6%) – előzetes kockázati tényezők jelen vannak, de még nincs használat.
5. Lázadó használók (8,6%) – normaszegő attitűd, anyagi jólét, de strukturális integráció hiánya.
6. Sérülékeny absztinensek (14,8%) – extrém depriváció, de mentális reziliencia megtartása.

Szorongó használók (11,7%) – magas szorongás, passzív menekülés szerhasználat révén.

1. ábra: A hét ideáltipikus klaszter bemutatása az anyagi jólét – szegénység és a nők – férfiak tengelyek mentén (Forrás: az ismertetett cikk)



A klaszterek a szerhasználat mellett olyan dimenziók mentén is elkülönülnek, mint az időperspektíva, a kontroll, az intézményi

bizalom, a pszichológiai tünetek és a jövőkép.

DISZKUSSZIÓ ÉS ÉRTELMEZÉS

A klaszterek közötti „távolság” és átmene-
tek alapján a szerzők társadalmi pályákat
rajzoltak fel, amelyeket az 1. ábrán nyílak
illusztrálnak:

- A konzisztens absztinensekből könny-
nyen válhat önszabályozó használó,
ha például elveszítik párjukat.
- A munkahely és kapcsolat elvesztése
kockázatvállaló használathoz vezet-
het (főleg férfiaknál).
- A nőket krónikus betegség, özvegy-
ség, extrém szegénység sodorhat
szorongó használati mintákba.
- A lázadó használók speciális helyzet-
ben vannak: anyagilag stabilak, de
társadalmilag izoláltak. Habitusuk
nem a tradicionális vidéki világba
illeszkedik, hanem egyfajta „anómiás
elitek” (normavesztett elit) pozícióját
jelenítik meg. E pozíciók instabilitása
miatt könnyen sodródhatnak más,
kockázatosabb használati minták felé.

A szerhasználat ebben a keretben nem
egyéni döntésként, hanem komplex szoci-
ofenomenológiai konstrukcióként értel-
mezendő. Ez a megállapítás arra utal, hogy
a szerhasználat nem pusztán az egyén
szabad akaratán vagy belső pszichológiai
hajlamain alapul, hanem mélyen
beágyazott társadalmi és élményalapú
(fenomenológiai) struktúrák eredménye. E
megközelítés értelmében:

- Szociológiai dimenzió: Az egyén
strukturálisan hátrányos pozícióban él
(pl. szegregált település, munkanélkü-
liség, alacsony társadalmi tőke). A
társadalmi kirekesztettség és az ezzel
járó kilátástalanság determinálja a
lehetőségeit, így a szerhasználat
gyakran válik „racionális” válasszá a
túléléshez vagy meneküléshez.
- Fenomenológiai dimenzió: A személy
szubjektív tapasztalatai – mint példá-
ul traumák, reménytelenség, szoron-

gás, időészlelési zavarok – alapvetően
befolyásolják, hogyan éli meg önma-
gát és környezetét. A szerhasználat
ebben az értelemben nemcsak fizikai
függőség, hanem egzisztenciális
válasz egy elviselhetetlennek tűnő
jelenre.

- Kölcsönhatás: A strukturális kénysze-
rek és szubjektív élmények együtt
formálják az egyén viselkedését. Így
a szerhasználat nem „választás”,
hanem egy adott társadalmi-histo-
rikus helyzetbe zárt létstratégia.

Ez a keret tehát elutasítja az individuali-
záló, morális vagy patologizáló magyará-
zatokat, és helyette társadalmi beágya-
zottságú, értelmező modellként gondolja
el a szerhasználatot.

KÖVETKEZTETÉSEK

A vidéki szegregátumokban a szerhaszná-
lat vagy az absztinencia nem pusztán
személyes attitűd, hanem társadalmi
pozíció függvénye. A falvak zártsága miatt
a mobilitás lehetőségei szűkösek, így a
strukturális változások (pl. válás, munka-
vesztés, betegség) komoly, akár vissza-
fordíthatatlan pályákat indíthatnak el.

Másképpen fogalmazva, a szerhasználati
viselkedés – legyen az használat vagy
absztinencia – nem elsősorban az egyén
személyiségéből, attitűdjéből vagy
értékválasztásából következik, hanem
abból a strukturális helyzetből, amelyben
az illető él. A vidéki szegregátumok társa-
dalmi rendszerei jellemzően zártak és
determináltak: kevés a munkahely, gyenge
az intézményrendszer, alacsony a társa-
dalmi mobilitás. Ebben a kontextusban a
szerhasználat vagy annak elkerülése a
társadalmi pozíció és az ahhoz tartozó
erőforrások (pl. stabil munka, támogató
család, egészség) függvénye.

Ha ezek a védőfaktorok meginognak – például válás, munkavesztés vagy betegség következik be –, akkor az egyén egy lefelé húzó pályára kerülhet, amely könnyen szerhasználatához vagy súlyosabb pszichoszociális problémákhoz vezethet. A falvak szűk terei miatt ezek a változások kevésbé ellensúlyozhatók, nincs hová „kitérni” – így egy krízis gyakran visszafordíthatatlan társadalmi pozícióromlást idéz elő.

Ezért a szerhasználat nem individuális „választás”, hanem társadalmi beágyazottságban gyökerező reakció, amelyet a vidéki zártság és a strukturális sebezhetőség formál.

A tanulmány három fő irányt ajánl:

1. **Prevenció:** stabil pozíciók megerősítése, különösen család, munka és egészség terén.
2. **Ártalomcsökkentés:** a legveszélyeztetettebb klaszterek támogatása, nem feltétlenül absztinencia felé.
3. **Strukturális intervenciók:** közösségi terek, munkaerőpiac és egészségügyi szolgáltatások megerősítése.

A szerzők szerint a vidéki szegregátumokban társadalomszintű beavatkozás nélkül nincs valódi változás: a negatív folyamatok könnyen beindulnak, de megállításuk rendkívül nehéz.

AJÁNLÁS

A tanulmányt elsősorban olyan szakemberek és hallgatók számára ajánljuk, akik a szerhasználat társadalmi beágyazottságát, valamint a marginalizált közösségek életvilágát kívánják mélyebben megérteni.

A cikk kiemelkedően hasznos lehet a szociológusok és antropológusok számára, akik a társadalmi kirekesztés, szegregáció és strukturális depriváció kérdéseit kutatják. Emellett fontos olvasmány az addiktológiai és drogutató szakemberek számára, különösen azoknak, akik a pszichoaktív szerek használatát nem pusztán klinikai vagy egyéni döntésként, hanem tágabb társadalmi-térbeli kontextusban kívánják értelmezni. A cikk módszertani szempontból is figyelemre méltó: a kevert kutatómódszertan iránt érdeklődők számára izgalmas példa lehet, mivel a klaszterelemzést egyéni interjúkkal és narratív értelmezéssel kapcsolja össze.

A tanulmány ugyanakkor gyakorlati szakemberek számára is érdekes. Az addiktológiai konzultánsok, szociális munkások és családsegítők, akik vidéki és szegregált térségekben dolgoznak, olyan szemléleti és tapasztalati rétegekhez juthatnak általa, amelyek segíthetik klienseik szerhasználati mintázatainak mélyebb megértését. A döntéshozók és drogpolitikai szakértők számára célzott intervenciók megtervezéséhez nyújthat alapot.

Végül, a tanulmány oktatási célokra is alkalmas. A tereptapasztalatra készülő hallgatók és kezdő kutatók számára érzékeny és árnyalt képet nyújt a vidéki szegregátumok komplex társadalmi problémáiról, miközben kritikusan gondolkodtat az egyéni döntések társadalmi meghatározottságáról is. A cikk egyik legfőbb erénye, hogy elmozdul az individualista megközelítéstől, és a szerhasználatot olyan társadalmi pozícióként értelmezi, amely strukturális feltételek és kollektív mintázatok mentén formálódik.

HIVATKOZÁSOK

- Csák, R., Szécsi, J., Kassai, S., Márványkövi, F., & Rácz, J. (2020). New psychoactive substance use as a survival strategy in rural marginalised communities in Hungary. *International Journal of Drug Policy*, 85, 102639. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102639>
- Sik, D., Szécsi, J., Rácz, J., Neogrady-Kiss, M., Demetrovics, Z., Kaló, Z., Kapitány-Fővény, M., & Kovács, A. (2025). Structural deprivation, rural segregation, and substance use -A Hungarian case study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01521-2>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Rácz József
ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Tanácsadás- és Iskolapszichológiai Tanszék, Kvalitatív Pszichológia Kutatócsoport, Budapest; Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Addiktológiai Tanszék, Budapest
racz.jozsef@ppk.elte.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 12.
Elfogadva: 2025. 07. 12.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A gyermek-közétkeztetés komplex képének vizsgálata

Article review: Examining the complex picture of school catering

Ismertető: [Lakatos Viktória](#)

Doi: [10.58701/mej.19673](https://doi.org/10.58701/mej.19673)

Ismertetett cikk: Varga-Nagy, V. Bakacs M., Báti A., Greiner E., Illés É., Mihály K. L., Nickel V. R., Varga A., & Zentai A. (2025). A gyermek-közétkeztetés komplex képének vizsgálata néprajztudományi és táplálkozástudományi szemmel II. *Új Diéta*, 34(2), 22–26. <https://ujdieta.hu/cikk/a-gyermekkozetkeztetes-komplex-kepenek-vizsgálata-neprajztudomanyi-es-taplalkozastudomanyi-szemmel-ii>

Kulcsszavak: menza; közétkeztetés; gyermek

Keywords: school catering; public catering; child

BEVEZETÉS

A gyermek-közétkeztetés társadalmi beágyazottsága. „Kérdések és lehetőségek” címet viselő kutatásunkból készült cikksorozatunk harmadik részében bemutatjuk, hogy az általunk vizsgált iskolákban hogyan viszonyulnak a közétkeztetéshez a tanulók, illetve a szülők. Vizsgálataink eredményei is alátámasztották, hogy bár a közétkeztetésben kínált ételek fajtája és íze kiemelten fontos szempont a tanulók számára, a nem megfelelő étkezési körülmények szintén hatással vannak étkezési hajlandóságukra. Zavaró számukra például, ha zsúfolt az étkező, ha nagy a hangzavar, ha rövid az étkezési idő, vagy ha a tálalószemélyzet és az étkeztetőpedagógusok hozzáállását nem érzik támogatónak. A szülők többségében egészségesnek és változatosnak ítélik meg a közétkeztetésben kínált ebédet, és a tanulók többsége is elégedett vele. A diákok jellemzően a tanáraiknak vagy a szüleiknek szólnak, ha problémájuk van a menzával. Nincs egy mindenki által ismert,

bejáratott rendszer a közétkeztetéssel kapcsolatos panaszok kezelésére. Vizsgálatunk rávilágított arra, hogy a közétkeztetés elfogadottságának növelése érdekében érdemes lehet figyelembe venni a gyermekek által megfogalmazott, az étkezési körülményekre vonatkozó problémákat is.

A KUTATÁS TÁRGYA ÉS CÉLKITŰZÉSE

Számtalan tényező befolyásolhatja a tanulók hozzáállását a menzán kapott ételhez. Az ízeken túl akár az étkezési körülmény, az idő, a hangulat, vagy a társaság. Ennek a kutatás célja, hogy mélyebb megértést nyerjünk gyermekeink ízléséről ebben a témában. (Báti A. és mtsai, 2023.) A kutatás előzményéről és részleteiről bővebben a cikksorozat első részében olvashatnak, amely az Új Diéta XXXIII. évfolyam 2. számában jelent meg. (P. E. Jessica és mtsai, 2023.)

KUTATÁSI ANYAG ÉS MÓDSZER

A 6 évig tartó (2018–2024) kutatásban 9 különböző általános iskolát vizsgált, melyekből több mint 1500 tanuló és szüleik segítették a munkát. A komplex kutatás részei: személyes és csoportos interjúk, megfigyelések iskolai ebédlőkben, önkitöltős, szabad szöveges kérdőívek.

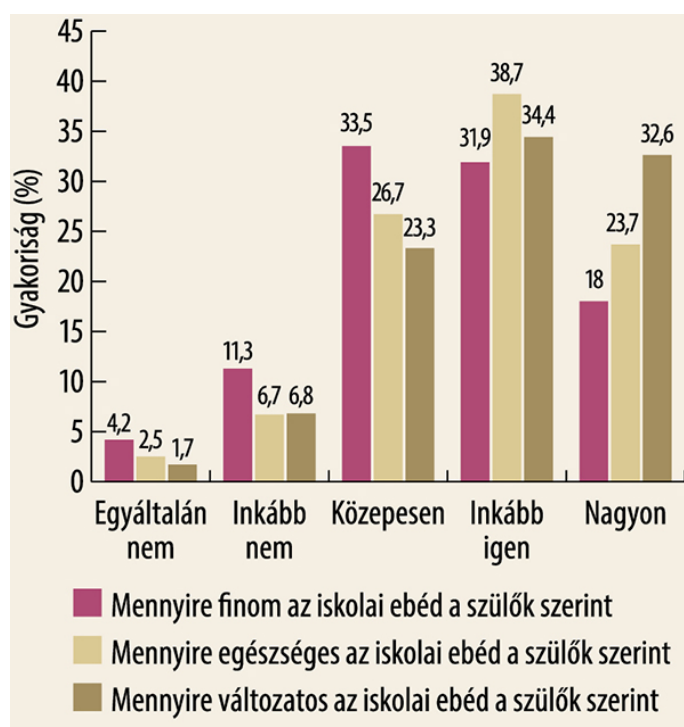
EREDMÉNYEK

Az 1 178 menzán étkező tanuló bevonásával készült kérdőív alapján a menzai ételekkel való elégedettség így oszlik meg: ~20% nagyon elégedett, ~34% elégedett, ~27% közepesen elégedett, ~13% inkább nem, és ~6% egyáltalán nem elégedett. Levesek és főételek közül is vannak kedvencek. Összehasonlításra került az otthoni és az iskolai ízek szerinti prefe-

rencia is, ahol megosztó vélemények születtek. A diákok majdnem felénél viszont az is előfordul, hogy az étlap alapján ki sem kéri az ebédet. (40,4%) Egészség változatosság, valamint idő szempontjából a szülők elégedettségére következtet a kutatás.

A szabad szöveges válaszok keretén belül mind a gyerekek, mind a szülők kifejtik a véleményüket az ételfajtákról, az ízeiről, az ételek minőségéről, mennyiségéről, a menza hangulatáról, a konyhai dolgozók kedvességéről, az étkező zsúfoltságáról, a tisztaságáról, kialakításáról, a konyhai dolgozók hozzáállásáról, a tálalás minőségéről és az étkezési időről is. Habár van egy kifejezetten panaszkezelésre kinevezett személy az iskolában, mégis csak a tanulók 0,6%-a fordul hozzá. A kutatásból kiderül, hogy a többiek erre nem képesített személyektől kérnek segítséget.

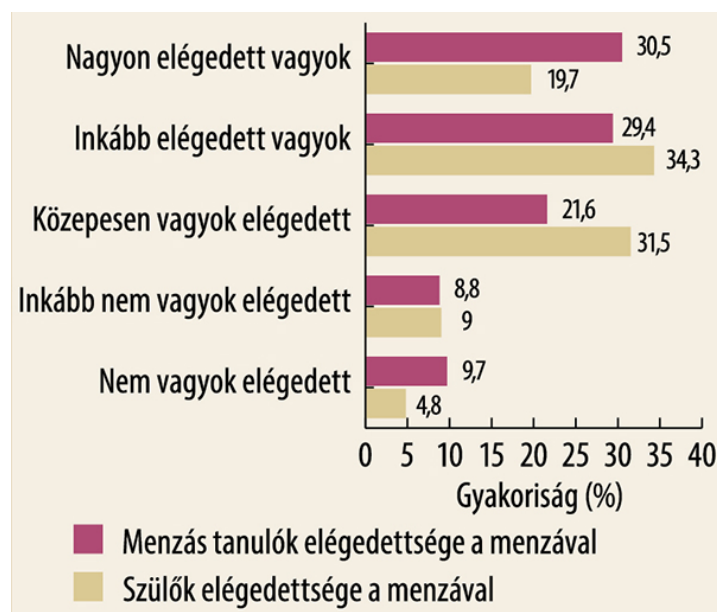
1. ábra: Az iskolában kapott ételek minősítése a szülők által (n = 1 178) (Forrás: Ismertetett cikk)



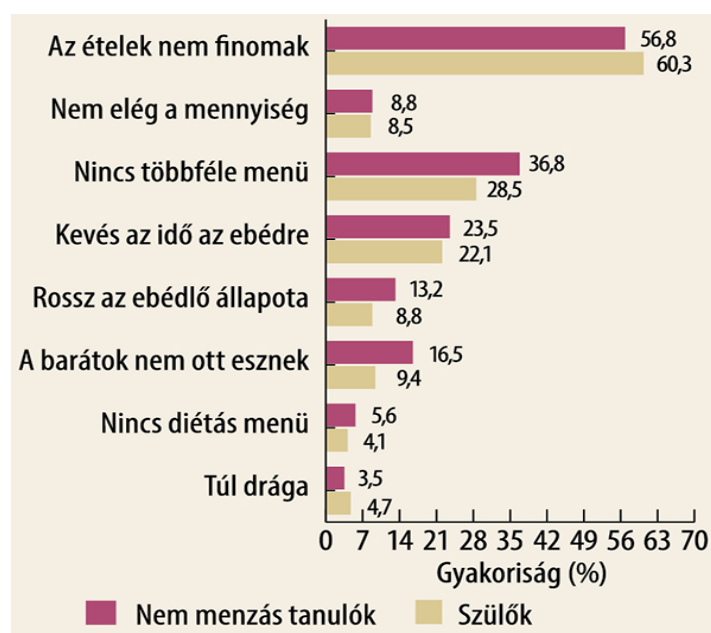
A 2. ábra láthatjuk a menzát igénybevevő diákok és szüleik elégedettségét. A többi 340 tanuló – habár válasza szerint meg vannak elégedve a közétkeztetéssel –

elsődleges kritikája viszont az ételek íze, változatossága és az étkezés ideje volt, ezt a 3. ábra mutatja.

2. ábra: A tanulók és szüleik menzával kapcsolatos elégedettsége (tanulók: 1 178 fő, szülők: 1 178 fő)
(Forrás: Ismertetett cikk)



3. ábra: A tanulók és a szülők indokai arra vonatkozóan, hogy miért nem veszik igénybe a menzát (tanulók: 340 fő, szülők: 340 fő) (Forrás: Ismertetett cikk)



Az interjúknak köszönhetően mélyebben is megismerhetjük a tanulók valós igényeit. Például már a gyerekeknek is zavaró a zsúfolt étkezőhelyiség, a régi bútorok, a koszos evőeszközök, a hangzavar, valamint a konyhai dolgozók nem támogató hozzáállása. A szabad szöveges válaszok

is rávilágítottak arra, hogy a tanulók nem csupán a kapott ételekre fókuszálnak. Negatívan befolyásolja őket a konyhai dolgozók túlterheltsége, vagy akár örülnék, hogy nem kell az otthoni étkezési mintákat követniük. A 4. ábra a diákok konkrét válaszai közül mutat néhányat.

4. ábra: Idézetek a menzán étkező tanulók étkezési körülményekre vonatkozó válaszaiból (Forrás: Ismertetett cikk)



MEGBESZÉLÉS

A kutatók igyekeztek megismerni a gyerekek és a szülők véleményét, menzához való viszonyát annak érdekében, hogy a közétkeztetés a résztvevők valós igényei alapján javulhasson. Míg Magyarországon az ételek íze, állaga, fajtája, az étkezési körülmények, a menza hangulata nagyon fontos, hasonló angol kutatás szerint a nem megfelelő infrastruktúra, a zsúfolt-ság és a hosszú várakozási idő is nehezíti a közétkeztetés hatékony működését. Fontos, hogy tudják a diákok és a szülők, hogy kihez fordulhatnak a problémáikkal, hiszen a kutatás megmutatja, hogy erről nincs egységes információjuk. Nehezen

megoldható probléma minden diák által kedvelt ízek, ételek, ételfajták folyamatos főzése, habár mint láthatjuk, ez az egyik legfontosabb tényező.

KÖVETKEZTETÉS

Számtalan tényező befolyásolja a közétkeztetés elfogadását. Az egyik legfontosabb az otthon, vagyis a családi minta, mely előző cikkekből olvasható (Varga-Nagy V. és mtsai, 2024a,b) másrészt természetesen maga a közétkeztetés oldala. Fontos szem előtt tartani a gyermekek szempontjából, hogy az étkezés nem csupán táplálékfelvétel, hanem társasági

élmény is. Az újabb generációk ízlése változik, ezért célszerű lehet a rendszeres kérdőív, hogy ehhez alkalmazkodni tudjanak a konyhák.

AJÁNLÁS

A magyarországi gyerekek nagy része iskolai menzán étkezik, és ez az ellátás a napi energiabevitelük több mint felét adja. Ennek tudatában mindenképpen elenged-

hetetlen a tanulók és a szülők egyéni igényeinek ismerete, mind az ételek mind az étkezési körülmények tekintetében annak érdekében, hogy a lehető legalkalmasabb, legcélszerűbb, legpontosabb változásokkal tudjuk segíteni a közétkezés fejlődését. A kutatás során nemcsak kérdőívek révén gyűjtöttek adatokat, hanem a kutatók személyesen is ellátogattak az iskolákba, így közvetlen tapasztalatokat is szerezhettek.

HIVATKOZÁSOK

- Báti, A. (szerk.). (2023). *Menzadimenziók: A gyermek közétkeztetés társadalmi beágyazottsága*. BTK Néprajztudományi Intézet. doi: [10.61380/978-963-567-072-7](https://doi.org/10.61380/978-963-567-072-7)
- Patricia, E. J., & Victoria, R. C. (2023). A qualitative process evaluation of universal free school meal provision in two London secondary schools. *BMC Public Health*, 23(1), 300. doi: [10.1186/s12889-023-15082-3](https://doi.org/10.1186/s12889-023-15082-3)
- Varga-Nagy, V. Bakacs M., Báti A., Greiner E., Illés É., Mihály K. L., Nickel V. R., Varga A., & Zentai A. (2024). A gyermek-közétkeztetés komplex képének vizsgálata néprajztudományi és táplálkozástudományi szemmel I. *Új Diéta*, 33(2), 17–22. <https://ujdieta.hu/cikk/a-gyermek-kozetkeztetes-komplex-kepenek-vizsgalata-neprajztudomanyi-es-taplalkozastudomanyi-szemmel-i>
- Varga-Nagy, V. Bakacs M., Báti A., Greiner E., Illés É., Mihály K. L., Nickel V. R., Varga A., & Zentai A. (2024). A gyermek-közétkeztetés komplex képének vizsgálata néprajztudományi és táplálkozástudományi szemmel II. *Új Diéta*, 33(4), 30–34. <https://ujdieta.hu/cikk/a-gyermek-kozetkeztetes-komplex-kepenek-vizsgalata-neprajztudomanyi-es-taplalkozastudomanyi-szemmel-ii>
- Varga-Nagy, V. Bakacs M., Báti A., Greiner E., Illés É., Mihály K. L., Nickel V. R., Varga A., & Zentai A. (2025). A gyermek-közétkeztetés komplex képének vizsgálata néprajztudományi és táplálkozástudományi szemmel II. *Új Diéta*, 34(2), 22–26. <https://ujdieta.hu/cikk/a-gyermekkozetkeztetes-komplex-kepenek-vizsgalata-neprajztudomanyi-es-taplalkozastudomanyi-szemmel-iii>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Lakatos Viktória
dietetikus egyéni vállalkozó
dietaterra@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 09.
Elfogadva: 2025. 07. 16.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Megelőzés közösen - Hatékony modellek a szív- és érrendszeri kockázatok csökkentésére

Article review: Community-Based Health Promotion Models for Cardiovascular Disease Prevention - A Conceptual and Evidence-Based Review

Ismertető: [Szendrei-Lódi Rita](#)

Doi: [10.58701/mej.19700](https://doi.org/10.58701/mej.19700)

Ismertetett cikk: Komi, L. S., Mustapha, A. Y., Forkuo, A. Y., & Osamika, D. (2024). Community-Based Health Promotion Models for Cardiovascular Disease Prevention: A Conceptual and Evidence-Based Review. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 5(1), 1708-1713.
<https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2024.5.1.1708-1713>

Kulcsszavak: prevenció; szívbetegség; közösségi egészségfejlesztés; digitális egészség; egészségpolitika
Keywords: prevention; cardiovascular disease; community-based health promotion; digital health; health policy

BEVEZETÉS

A világszerte vezető halálokként szereplő szív- és érrendszeri betegségek újszerű, innovatív megelőzési stratégiákat követelnek. A közösségi egészségfejlesztési (Community-Based Health Promotion, CBHP) modellek hatékony eszközként bizonyultak a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésében, mivel figyelembe veszik a társadalmi tényezőket és fenntartható viselkedésváltozást ösztönöznek. Az ismertetett tanulmány bemutatja a közösségi egészségfejlesztés elméleti alapjait, a viselkedésváltozási modelleket és a részvételen alapuló megközelítések szerepét. Nemzetközi példák alapján a közösségi egészségfejlesztés hatékony lehet a prevenció egyes területein például a fizikai aktivitás, a táplálkozás és a dohányzás esetében. A tanulmány emellett tárgyalja

a megvalósítás kihívásait, mint például az erőforrásokat, a kultúrát, a skálázhatóságot, és jövőbeli irányként kiemeli a digitális technológiák alkalmazását, a közösségi bevonást és a szakpolitikai integrációt. Végezetül gyakorlati ajánlásokat nyújt az egészségügyi szereplők számára a hatékony és fenntartható beavatkozások kialakításához.

A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MODELLEK ELMÉLETI ALAPJAI

A közösségi egészségfejlesztés megközelítések alapelvei

A közösségi egészségfejlesztés középpontjában a közösségi részvétel, a felhatalmazás és a fenntarthatóság áll. A hagyományos, hierarchikus beavatkozás-

sokkal ellentétben a közösségi egészségfejlesztés aktívan bevonja a közösség tagjait az egészségügyi programok tervezésébe, megvalósításába és értékelésébe, így biztosítva a kulturális, társadalmi és gazdasági relevanciát, növelve ezzel a hatékonyságot és az elfogadottságot. A modell célja az egészség egyenlőtlenségek csökkentése, különösen az alulreprezentált vagy magas kockázatú csoportok esetében, például a prevencióstudatosság, az egészséges élelmiszerek hozzáférhetősége és a biztonságos környezet előteremtése révén. Az ágazati együttműködés (egészségügy, oktatás, közlekedés, városvezetés) elengedhetetlen a közösségi egészségfejlesztés hatékony működéséhez, például a járható városrészek kialakítása, az iskolai táplálkozási programok és a munkahelyi egészségfejlesztés formájában.

A társadalmi egészségmeghatározók szerepe a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében

Az egészség társadalmi meghatározói alapvető szerepet játszanak a szív- és érrendszeri betegségek előfordulásában és kimenetelében, beleértve a jövedelmet, az oktatást, a lakhatást és az egészségügyi hozzáférést. A közösségi egészségfejlesztési modellek hangsúlyozzák ezen tényezők kezelését a fenntartható egészségfejlődés érdekében. Az alacsony jövedelem és iskolai végzettség korlátozhatja az egészséges táplálkozáshoz, sportolási lehetőségekhez és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, valamint csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatáról szóló tudatosságot. A lakókörnyezet – különösen a szennyezett vagy infrastruktúrahiányos területek – szintén befolyásolja a betegségek kialakulásának kockázatát. A közösségi egészségfejlesztési beavatkozások, mint a közlekedésfejlesztés és a közösségi par-

kok létesítése, támogatják az egészséges életmódot. Emellett a társas támogatási rendszerek, például a közösségi klubok és az önsegítő csoportok kulcsszerepet játszanak az egészségmagatartás fenntartásában. Az egyének nagyobb valószínűséggel sajátítanak el és tartanak fenn egészséges viselkedési mintákat, ha a család, a barátok és a közösségi hálózatok támogatják őket. Ezek a beavatkozások javítják az egyén egészségét és erősítik a társadalmi kohéziót a közösségen belül.

Viselkedésváltozási elméletek integrálása a közösségi egészségfejlesztési-beavatkozásokba

A viselkedésváltozási elméletek megfelelő elméleti alapot nyújtanak a közösségi egészségfejlesztési-beavatkozások tervezéséhez. Az Egészség modell (*Health Belief Model*) a veszélyérzetre és a haszon-költség mérlegelésre épít, a szociális kognitív elmélet (*Social Cognitive Theory*) az önhatékonyság és a környezeti hatások szerepét hangsúlyozza, a tranzakteoretikus modell (*Transtheoretical Model*) a viselkedésváltozás szakaszos természetét követi, míg az innovációterjedés elmélete (*Diffusion of Innovations*) az új egészségmagatartások közösségi terjedését vizsgálja. A közösségi egészségfejlesztési kezdeményezések kihasználhatják ezt a dinamikát azáltal, hogy közösségi vezetőket vagy influencerszereket vonnak be a szív- és érrendszeri egészséget támogató viselkedésformák (pl.: helyes táplálkozás, rendszeres testmozgás vagy a prevencióst szűréseken való részvétel) népszerűsítésébe, ezáltal felgyorsítva ezen viselkedések elterjedését a lakosság körében.

BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJ- LESZTÉSI BEAVATKOZÁSOK ÁTTEKINTÉSE

Sikeres közösség vezérelt kezdeményezések a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében

Számos közösségi egészségfejlesztési program bizonyította már hatékonyságát a szív- és érrendszeri egészség javításában. A finn North Karelia projekt 80%-kal csökkentette a szív- és érrendszeri betegségek halálozását a közösségi alapú prevenciókkal. Az amerikai *Stanford Five-City* projekt médián és csoportos aktivitásokon keresztül javította a lakosság tudását és csökkentette a kockázati tényezőket. Indiában a kulturálisan adaptált, közösségi egészségügyi szakemberek által vezetett programok sikeresen növelték a prevenciók intézkedések elfogadottságát a hátrányos helyzetű térségekben.

Globális és regionális tapasztalatok tanulságai

A közösségi egészségfejlesztés terén végrehajtott intervenciók rugalmasan alkalmazhatók a különböző társadalmi-kulturális környezetekben. Magas jövedelmű országokban (pl.: Ausztrália) a fókusz az életmódbeli rizikótényezőkön és technológia alapú megoldásokon van. Alacsony és közepes jövedelmű régiókban a közösségi egészségfejlesztési modellek az egészség egyenlőtlenségek csökkentését célozzák, gyakran a közösségi részvételre és a helyi erőforrásokra építve. Afrikában például a regionális együttműködések a helyi tudás és az evidencia alapú gyakorlatok integrálásával növelik a programok hatékonyságát.

Kihívások és korlátok a közösségi egészségfejlesztési modellek széles körű alkalmazásában

A közösségi egészségfejlesztés széles körű elterjesztését több kihívás is nehezíti: a fenntartható finanszírozás hiánya, a minőség és a konzisztencia megtartása új környezetben, valamint a politikai és az intézményi akadályok. A technológiai korlátok, a digitális írástudás hiánya és a kulturális sajátosságok is befolyásolják a programok sikerét. A hosszútávú hatékonyság érdekében szükséges a stabil finanszírozás, a standardizált képzés, a stratégiai beágyazás és az érzékeny, folyamatos közösségi bevonás.

JÖVŐBELI IRÁNYOK A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TERÜLE- TÉN A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSÉRE

Feltörekvő trendek, beleértve a technológiával támogatott beavatkozásokat

A technológia új lehetőségeket nyit a közösségi egészségfejlesztés számára, javítva az elérését, a monitorozást és a hatékonyságot. Mobilalkalmazások, hordozható eszközök és a mesterséges intelligencia alapú megoldások segítik a megelőzést, az egyéni viselkedés nyomon követését és a kockázatok korai felismerését. A technológiai beavatkozások sikeréhez azonban elengedhetetlen a digitális írástudás fejlesztése, a hozzáférhetőség biztosítása és az adatvédelem garantálása.

Stratégiai megközelítések az érintettek bevonására és a közösségi tulajdon erősítésére

A fenntartható közösségi egészségfejlesztés modellek alapja az érintettek korai és aktív bevonása, valamint a közösségi tulajdon kialakítása. Ez magában foglalja a közösség, az egészségügyi szolgáltatók, a döntéshozók és a magán-szektorok együttműködését. Kulcsfontosságú a kulturális érzékenység, az alapellátás integrációja, valamint a közösségi kapacitásfejlesztés hosszútávú fenntartása.

Javaslatok a közösségi egészségfejlesztés népegészségügyi politikába való integrálására

A közösségi egészségfejlesztési modellek népegészségügyi szakpolitikába integrálása megkérdőjelezhetetlen a fenntarthatóságuk érdekében. A döntéshozóknak biztosítaniuk kell a szükséges erőforrásokat, valamint a jogi keretek és az ágazatok közötti együttműködést. Be kell építeni azt a közösségi egészségfejlesztésbe, a nemzeti és regionális stratégiákba, konkrét célokkal a szív- és érrendszeri betegségek kockázatának csökkentésére, és támogatni kell a helyi önkormányzatokat, civil szervezeteket. A meglévő egészségügyi infrastruktúra és az ágazatok közötti együttműködés elősegíti a közösségi egészségfejlesztési programok népegészségügyi politikába történő integrálását. Az eredmények nyomon követéséhez hatékony felügyelet és értékelés szükséges.

KÖVETKEZTETÉS

A szív- és érrendszeri betegségek megelőzése globális egészségügyi prioritás, amelyhez a közösségi egészségfejlesztés modellek hatékony, társadalmi meghatározókra és fenntartható viselkedésvál-

tozókra fókuszáló megoldást nyújtanak. Ezek a modellek inkluzívak, kulturálisan relevánsak, és a viselkedésváltozáselméletekre épülnek, növelve a prevenciós programok eredményességét. Nemzetközi tapasztalatok szerint a közösségi egészségfejlesztés javítja a szív- és érrendszeri egészséget a különböző beavatkozásokkal, de a növekedés erőforrás- és kulturális kihívásokkal jár. A digitális technológiák alkalmazása növeli a hozzáférést és az elköteleződést. A fenntarthatóság érdekében elengedhetetlen az érintettek bevonása, a közösségi tulajdon érzésének erősítése, az egészségügyi dolgozók képzése, valamint a közösségi egészségfejlesztés integrálása a népegészségügyi politikába és egyéb rendszerekbe. Ezekkel a stratégiákkal a közösségi egészségfejlesztés hatékonyan hozzájárulhat a szív- és érrendszeri betegségek globális terhének csökkentéséhez és ellenállóbb közösségek kialakításához.

AJÁNLÁS

A cikk alapján Magyarország számára is fontos lenne a közösségi alapú prevenciós programok fejlesztése, nagyobb súlyt lehetne helyezni a helyi egészségügyi szükségletekre és a szokásokra szabott, bizonyítékokon alapuló intervenciókra, együttműködésre a különböző szektorok között, és nem utolsósorban a hosszú távú fenntarthatóság és a közösségi részvétel biztosítására. Ezért hazánk számára elengedhetetlen, hogy a szív- és érrendszeri betegségek megelőzését a helyi közösségek bevonásával, tudományosan alátámasztott és a helyi körülményekhez igazított stratégiákkal valósítsuk meg a hosszú távú hatékonyság érdekében.

HIVATKOZÁSOK

Komi, L. S., Mustapha, A. Y., Forkuo, A. Y., & Osamika, D. (2024). Community-Based Health Promotion Models for Cardiovascular Disease Prevention: A Conceptual and Evidence-Based Review. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 5(1), 1708-1713.
<https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2024.5.1.1708-1713>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Szendrei-Lódi Rita
Békés Vármegyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Haemodinamikai Labor, Gyula; Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar, Gyula; Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs
l.ryta91@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 09.
Elfogadva: 2025. 07. 16.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A változáselmélet alkalmazása a mentális betegségekkel élők közösségi gondozásának kialakításában

Article review: Applying Theory of Change in the development of Community Initiated Care for people living with mental illnesses

Ismertető: [Horváth Gergely](#)

Doi: [10.58701/mej.18902](https://doi.org/10.58701/mej.18902)

Ismertetett cikk: Breuer, E., Morris, A., Blanke, L., Pearsall, M., Rodriguez, R., Miller, B. F., Naslund, J. A., Saxena, S., Balsari, S., & Patel, V. (2023). A theory of change for community-initiated mental health care in the United States. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e56. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.49>

Kulcsszavak: változáselmélet, közösségi gondozás, pszichoszociális beavatkozások, mentális egészség

Keywords: Theory of Change; community-based care; psychosocial interventions; mental health

A tanulmány szerzői a pszichiátriai szolgáltatások rendszeréhez különböző szinteken és területeken keresztül (edukáció és szolgáltatásfejlesztés) kapcsolódnak. A szakmai csapat elméleti és tapasztalati tudásának sajátos szintéziséről olvashatunk egy vertikálisan és horizontálisan is megtervezett, változáselméletre épülő projekt bemutatásán keresztül.

A műben jelentős szerepe van az elméleti megalapozásnak, amelyet a „Háttér” című fejezetben olvashatunk. Ebben a részben külön figyelmet kapnak a társadalom tagjainak és csoportjainak a mentális betegségekre szakosodott szolgáltatásokkal kapcsolatos hozzáférési problémái, illetve a mentális betegségben szenvedők növekvő számának várható hatásai a jövőben. A szerzők rámutatnak a „hagyományos” biomedikális egészségügyi ellátási modell mellett a transzdiagnosztikus megközelítés alkalmazásának előnyeire, amelyből kiemelendő, hogy ezen meg-

közelítés által a betegségek több kategórián átívelő, kontextusfüggő jelenséggé kezelhetők. (Patel et al., 2018) A szakemberek felhívják a figyelmet a közösségi szerepvállalás jelentőségére a pszichiátriai szolgáltatások rendszerében, amelyhez egy korábbi WHO tanulmány szolgáltatási modelljét (piramisát) hívták bizonyítékkal. (Funk és mtsai., 2004) Ebben a hierarchiában a pszichiátriai szolgáltatások ideális kombinációja szerepel, amelyből kiemelendő az informális közösségi gondozás, mint az egyik legkönnyebben elérhető lehetőség (vagy erőforrás) a segítségre szoruló körében. Nem mellesleg egyike a legköltséghatékonyabb szolgáltatási formáknak. A közösségi ellátás mellett szólnak a különböző evolúciós elméletek is, melyek közösségek tagjai közötti kötelékekre építenek, megalapozva az ún. proaktív cselekvések létrejöttének feltételeit, és ezen keresztül könnyebben felismerhetővé téve a mentális betegségben szenvedő egyéneket, és azok jellemző

problémáit. (Kohrt et al., 2020; Cole et al., 2015; Mendenhall et al., 2014) A tanulmány logikai vonalát tekintve ezen magyarázó rész után térnek át a szerzők a fejlesztési projektjük módszertani hátterét szolgáló elméleti modellek tárgyalására. Elsőként a közösség bevonását támogató modell, a CIC (*Community Initiated Care*), azaz a „közösség által kezdeményezett gondoskodás” került bemutatásra. (Kohrt et al., 2023) Fontos, hogy ebben az ellátási konstrukcióban nem a helyettesítésen, hanem a kiegészítésen van a hangsúly, amelyhez az adott közösség tagjainak képzésére, és folyamatos támogatására (feltételezhetően szakmai és mentális) van szükség. A közösség által kezdeményezett gondoskodás hatékony megtervezéséhez és végrehajtásához elengedhetetlen, hogy rendelkezésünkre álljon egy olyan általánosítható keretrendszer, amely különböző kontextusokra (társadalmi, gazdasági stb.) egyaránt alkalmazható. Ehhez a szerzők a ToC (*Theory of Change*) módszerét alkalmazták, amelynek érdekessége a sajátos (visszafelé történő) tervezési logikájában rejlik és sok esetben inkább a szükséges tevékenységek feltérképezésével azonosíthatják. A ToC tervezési szakaszában is fontos szerepet kap a partnerségen alapuló együttműködés. A problémákra adekvátan reagáló stratégiai célok kialakítása érdekében tudatosan bevonásra kerülnek a különböző érintettek, mint például a kedvezményezett célcsoport, jelen esetben a mentális betegségben szenvedők. A keretrendszer legfőbb elemeit a kedvezményezettek, a célkitűzést alátámasztó kutatási bizonyítékok, a kontextus szereplői, a hatókör, a stratégiai döntések, a beavatkozások, az ütemezés és a mutatók alkotják.

A „Módszerek” című fejezetben a szerzők az elméleti megalapozással foglalkozó rész után a változás elméletét részletezik

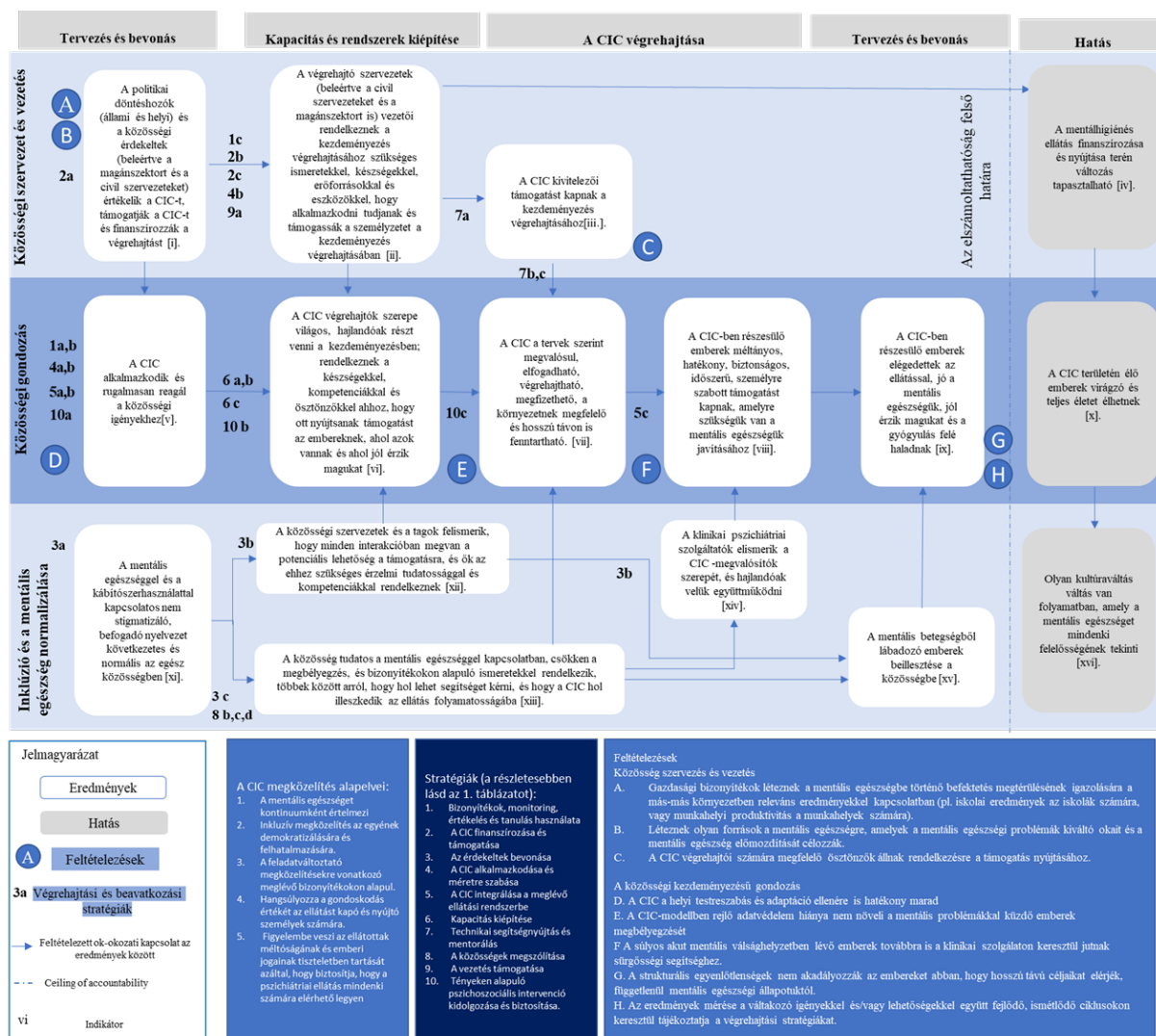
módszertani szempontból, amely számos értékes hivatkozást tartalmaz. Itt kiemelendő a ToC elméletvezérelt kutatásra épülő háttere, melynek segítségével a stratégiai tervezés és a megvalósítás közötti kapcsolat élővé és a változásokra rugalmasabban reagálóvá válik. Jelentős előnye, hogy jobban illeszthető a beavatkozások kontextusához. A rugalmasságot az érdekeltek bevonása, a stratégiai célkitűzések és a kapcsolódó indikátorok folyamatos finomítása adja. A szerzők az érdekeltekkel a pandémia miatt online felületen két alkalommal szerveztek fókuszcsoportos beszélgetéseket. Ehhez célzott mintavételi módszert alkalmaztak. Az első körös workshopokban a kihívások azonosítása, azok megoldásához vezető utak és szükséges eredmények feltérképezése állt. A második körös fókuszcsoportos beszélgetéseken a feladatokból generált térképet áttekintették, egyértelművé tették a feltételezéseket, azonosították a várható eredményeket, a változás eléréséhez szükséges stratégiákat, valamint egyértelművé tették a CIC-et vezérlő alapelveket. Az interjúbeszélgetések között és után, ismétlődő fejlesztési szakaszok keretében finomították és szelektálták az elhangzottakat. A letisztultabb információkat, adatokat a korábban már felvázolt WHO „szolgáltatási piramis” modelljéhez illesztették. A stratégiai célok finomításának szakaszánál szintén több, fontosabb modell szintézisét alkalmazták. Az ERIC modell (*Expert Recommendations for Implementing Change*) taxomóniai rendszere, valamint Leeman és munkatársai által kifejlesztett stratégiai osztályozási modell segítségével többszintű finomítást végeztek a stratégiai célrendszerben, illetve a végrehajtás több szintjén. Valamint egy, a meglévő gyakorlatokat felkutató ún. „landscape-analysis” eredményeit is felhasználták, amelyeket az említett fókuszcsoportos interjúkon meg-

vitattak, és a kiválasztott programokat, programelemeket a változási útvonal megfelelő fázisába helyezték.

Az „Eredmények” című fejezetben a szerzők a CIC megvalósítását támogató ToC feladatait vertikálisan három változási út mentén csoportosították (1. Közösségi szervezés és vezetés, 2. Közösségi ellátás, 3. Befogadás és a pszichiátriai ellátás normalizálása) és ezeket négy időbeli szakaszra tagolták. Átfogóan 10 db stra-

tégiai cél került kialakításra. Ezek vizuális áttekinthetősége érdekében két nagyobb táblázatot hoztak létre a szerzők, egy táblázatot és egy térképet. Az olvasó a táblázatos formában a fő stratégiai célokat olvashatja, amelyeket megvalósítási fázisokra bontottak le a szakértők. A célokhoz témakör szerint a változási utakat hozzárendelték. Továbbá kijelölik a megvalósításért felelős szereplőket és a tevékenység célterületeit.

1. ábra: A közösségi alapú gondozás változáselméleti megközelítése (Forrás: A tanulmányban található 1. számú ábra)



Külön alfejezetben kerültek tárgyalásra a projektet megalapozó vezérelvek, amelyek a következők:

- a mentális egészség diagnosztikus és kontinuumban való megközelítése,
- az inkluzivitás, a demokratizálás (az érintettek felhatalmazása),
- a bizonyítékon alapuló feladatmegosztás és a különböző kontextusok figyelembevétele,
- a kölcsönös segítségnyújtást evolúciós örökségünknek tekintik, amely kölcsönösen előnyös formája az együttműködésnek,
- az érintettek méltóságának és emberi jogainak tiszteletben tartása kiemelt és biztosítja a mentálhigiénés ellátás mindenki számára történő hozzáférhetőségét.

A „Hatás eléréséhez vezető utak” című fejezetben a szerzők a stratégiai célokat és azokhoz rendelt feladatokat a táblázatokban jelölt struktúra mentén tárgyalják, amelyhez megjelölték az elszámoltathatóság felső határát. Ez a modellen egy függőleges szaggatott vonallal határolt terület, amely azt a pontot jelöli, ahol a kezdeményezés már közvetlenül nem felelős a kapott eredményekért. Emellett megfogalmazásra került a projekt társadalmi hatása, amely az említett három változási útvonalra építve az emberek virágzó és teljes értékű életét célozza meg. (A „virágzó élet” M. Seligman nevéhez kapcsolható, amely a jóllét egy tágabb fogalmát jelenti, melynek elérése a pozitív érzelmek megélése, az elmélyülés lehetősége, a pozitív emberi kapcsolatok, az értelem megtalálása (tevékenység, munka vagy akár a teljes élet), teljesítmény érzése által érhető el (Park, 2015). Emellett két további társadalmi hatás is említésre került, amelyek a mentálhigiénés szolgáltatási rendszer és annak finanszírozási rendszerében várható átalakulással, illetve

egy mélyebb társadalmi értékeket megcélzó kulturális változással terveznek. Konkrétan azzal, hogy a mentális egészséget mindenki (feltételezhetően a projekttel kapcsolatba kerülő csoportok) saját felelősségének fogják a jövőben tekinteni.

A „Mutatók” című fejezetben meghatározásra kerültek a mérendő konstruktumok és az indikátorok. Három mutatót emelnek ki a szerzők, megkülönböztetve a segítők, a célcsoportra és a beavatkozási helyszíneire vonatkozókat. Pontosabban a következőket jelenítették meg a 2. számú táblázatban:

- a közösségi beavatkozásban 1 év után is aktív segítők százalékos aránya,
- az egy CIC-segítőre jutó ügyfelek átlagos száma,
- azon különböző helyszínek száma, ahol a CIC-et aktívan alkalmazzák.

A „Következtetések” fejezetben konkrét megvalósítással kapcsolatos evidenciákat is olvashatunk. A szerzők kitérnek a projekt előkészítő munkájának (kutatásának) a korlátaira, azaz a COVID-19 pandémia okozta kapcsolattartási problémákra (érdekeltek infokommunikációs képességeire), a mélyebb beszélgetések miatt a csökkentett résztvevői számra, valamint a résztvevők azonos társadalmi háttéréből származó korlátozó tényezőkre.

AJÁNLÁS

A mentális zavarok a legtöbb társadalomra és annak egészségügyi szolgáltató rendszerére hatalmas súlyként nehezednek, amelynek megoldásaként szükséges kialakítani és folyamatosan fejleszteni egy átfogó mentális egészségpolitikát, amelynek egyik legfontosabb célja a kapcsolódó szolgáltatások bővítése és hozzáférhetőségének növelése.

A hazai szakpolitikai iránymutatásokból hiányzik a különböző fejlesztési projektek implementációját elősegítő változáskezelési módszertani segítség, amely makro-, mezo- és a mikroszintű beavatkozások számára egy kontextushoz igazítható elméleti kerrendszert biztosítana a különböző szervezeteknek, közösségeknek. Emellett fontos tisztázni és szem előtt tartani az immanens módon meghúzódó értékeket és értékrendszereket is. Az utóbbiak esetében a CIC vezérelve hazai szempontból is implementálható példákat tartalmaznak, melyből talán kiemelkedik a demokratizálás szempontja. Ez magában

foglalja az érintett mentális betegségben szenvedők és a környezetükben élők felhatalmazását a problémáik képviselésében, és így, mint tapasztalati szakértők sokat tehetnek a problémáik szélesebb körű társadalommal való megismertetésében, a hatékonyabb közösségi támogatás, társadalmi felelősségvállalás elősegítése érdekében. A tanulmányba való rövid betekintés számtalan inspirációt és ötletet adhat a terület iránt érdeklődők számára függetlenül attól, hogy egy másik kontinensen, azaz az USA-ban lett megvalósítva.

HIVATKOZÁSOK

- Breuer, E., Morris, A., Blanke, L., Pearsall, M., Rodriguez, R., Miller, B. F., Naslund, J. A., Saxena, S., Balsari, S., & Patel, V. (2023). A theory of change for community-initiated mental health care in the United States. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e56. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.49>
- Cole S., Levine M.E., Arevalo J.M., Ma J, Weir D.R. és Crimmins E.M. (2015). Loneliness, eudaimonia, and the human conserved transcriptional response to adversity. *Psychoneuroendocrinology* 62, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.001>.
- Funk M., Saraceno B., Drew N., Lund C. és Grigg M. (2004). Mental health policy and plans. *International Journal of Mental Health* 33(2), 4–16.
- Kohrt B.A., Ottman K., Panter-Brick C., Konne Mand Patel V. (2020). Why we heal: The evolution of psychological healing and implications for global mental health. *Clinical Psychology Reviews* 82, 101920. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101920>
- Kohrt B.A., Miller B.F. és Patel V. (2023). Community initiated care: A blueprint for the practical realization of contextual behavioral science. *Journal of Contextual Behavioral Science* 27, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.11.008>.
- Mendenhall E., De Silva M.J., Hanlon C., Petersen I., Shidhaye R., Jordans M., Luitel N., Ssebunnya J., Fekadu A., Patel V., Tomlinson Mand Lund C. (2014). Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: Stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Social Science & Medicine* 118, 33–42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.057>.
- Park, C. L. (2015). Integrating positive psychology into health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 24(7), 1645–1651. <http://www.jstor.org/stable/44849459>
- Patel V., Saxena S., Lund C., Thornicroft G., Baingana F., Bolton P., Chisholm D., Collins P.Y., Cooper J.L., Eaton J., Herrman H., Herzallah M.M., Huang Y., Jordans M.J.D., Kleinman A., Medina-Mora M.E., Morgan E., Niaz U., Omigbodun O., Prince M., Rahman A., Saraceno B., Sarkar B.K., De Silva M., Singh I., Stein D.J., Sunkel C. és Un Utzer J. (2018). The lancet commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Smalley, A. (2021). *Four types of problems: From reactive troubleshooting to creative innovation*. Lean Enterprise Institute, Inc.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Horváth Gergely
Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola, Társadalom- és
szociálpolitika doktori program, Budapest
horvathgergely19@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 04. 28.
Elfogadva: 2025. 07. 11.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

MELLÉKLET

CIC-stratégiák	Fázisok	Útvonal	Szereplők	Az intézkedések célcsoportja(i)	
1. A bizonyítékok, a nyomon követés, az értékelés és a tanulás alkalmazása					
	a. Landscape és jogi elemzés elvégzése	Tervezés és bevonás	1	Kutatási és programcsapatok	Támogatók, döntéshozók, végrehajtó szervezetek, nagyközönség
	b. Partnerség a tudósokkal a CIC beavatkozás alapvető kulcselemeinek kidolgozásában a kísérleti helyszínek számára.	Kapacitás és rendszerek kiépítése	2	Program csapat	Végrehajtó szervezetek
	c. A kapacitás meghatározása és stratégia kidolgozása a nyomon követéshez, értékeléshez és a folyamatos minőségjavításhoz szükséges információk gyűjtésére.	A kezdeményezés végrehajtása; hosszú távú eredmény	2	Kutatási és programcsapatok	Végrehajtó szervezetek
2. A CIC finanszírozása és finanszírozása					
	a. Összegyűjti a bizonyítékokat a szükséglet és a potenciális megtérülés alátámasztására és megfogalmazására.	Tervezés és bevonás	1	Kutatási és programcsapatok	Támogatók, döntéshozók, végrehajtó szervezetek
	b. Együttműködés a finanszírozókkal és döntéshozókkal a CIC-kezdeményezés és a közösség által azonosított szükségletek támogatására szolgáló finanszírozási módszerek felkutatása érdekében	Kapacitás és rendszerek kiépítése	1	Program csapat	Döntéshozók, közösségek
	c. A CIC bevezetéséhez szükséges erőforrások és motivációs tényezők meghatározása a szervezeti szinten és a képzésben való részvételhez az egyéni szinten.		1,2	Végrehajtó szervezetek	CIC segítők, közösségi tagok
3. Az érdekelt bevonása					
	a. Az érdekelt felek összehívása, akik tájékoztathatják a CIC-hez használt nyelvezetet.	Tervezés és bevonás	3	Programcsapat és végrehajtó szervezetek	Közösség tagjai

	b. Beszélgetések/dialógusok szervezése különböző közösségi helyszíneken	Kapacitás és rendszerek kiépítése	3	Programot végrehajtó szervezetek	Közösségi vezetők, végrehajtó szervezetek, közösségi tagok
	c. Egyértelmű kommunikáció az érdekeltek között a CIC segítő szerepéről		1,3	Végrehajtó szervezetek	Közösség tagjai
	d. Párbeszéd a klinikusokkal a CIC-segítők szerepéről		3	Kutatási és programcsapatok	Klinikusok
4. A CIC kiigazítása és testre szabása					
	a. A közösségek bevonására kidolgozott folyamat alkalmazása a helyi kezdeményezések közös tervezésébe, hogy azok megfeleljenek az igényeknek, a közösségi alapú szervezetekkel és más érdekelt felekkel (beleértve az egészségügyi ellátást, a vallási alapú szervezeteket, a rendőrséget, az igazságszolgáltatást és a büntetés-végrehajtást, valamint adott esetben a hátrányos helyzetű vagy marginalizált csoportokat) folytatott tiszteletteljes párbeszéd és hivatalos partnerség révén.	Tervezés és elköteleződés; kapacitásépítés és rendszerek	1,2	Program csapat	Végrehajtó szervezetek
	b. Hozzon létre környezet-specifikus CIC-modelleket, például az általános szociális-érzelmi tanulásra az iskolákban vagy a mentális egészség normalizálására a munkahelyen.		1	Kutatási és programcsapatok, végrehajtó szervezetek	CIC segítők, közösségek, közösségi tagok
5. A CIC integrálása a meglévő ellátási rendszerbe					
	a. A más meglévő közösségi szervezetekkel és/vagy szociális szolgáltatásokkal való kapcsolatok, partneriségek és kapcsolattartási utak azonosítására és fejlesztésére szolgáló folyamat internalizálása.	Tervezés és bevonás.	2	Végrehajtó szervezetek / CIC segítők	Közösség tagjai
	b. Térképezze fel a meglévő közösségi szolgáltatásokat, amelyek kiegészíthetik a CIC-et.	Kapacitás és rendszerek kiépítése	2	Végrehajtó szervezetek	CIC segítők
	c. A CIC segítői azokat, akiknek az igényeit nem tudják kielégíteni, közösségi szolgáltatásokhoz vagy a professzionális klinikai ellátáshoz irányítják.	A kezdeményezés végrehajtása	2	CIC segítők	Közösség tagjai

6. Kapacitás kiépítése					
	a. A CIC-segítők számára többszintű, bizonyítékokon alapuló készségeket, kompetenciákat és készségeket kell kidolgozni, adaptálni és biztosítani.	Tervezés és bevonás	2	Kutatási és programcsapatok	CIC segítők, közösségi tagok
	b. A közösségen belüli potenciális CIC-segítők azonosítása.	Kapacitás és rendszerek kiépítése	2	Végrehajtó szervezetek	A közösség tagjai
	c. A CIC-segítők ismeretekkel és készségekkel való felvértezése a közösségi környezetben betöltött szerepüknek megfelelő képzés révén.		2	Végrehajtó szervezetek	CIC segítők
7. Technikai segítségnyújtás és mentorálás					
	a. Központi platform kialakítása a támogatás, felügyelet, technikai segítségnyújtás (beleértve az értékelést is) és mentorálás számára.	Kapacitás és rendszerek kiépítése	1	Program csapat	Végrehajtó szervezetek
	b. A CIC-segítők tanulási útvonalának kidolgozása		2	Kutatási és programcsapatok	CIC segítők
	c. A mentális egészséggel kapcsolatos kommunikáció és párbeszéd lehetővé tétele, beleértve a CIC segítői közötti kommunikációt is.	A kezdeményezés végrehajtása	1,3		CIC segítők
8. A közösségek elérése					
	a. Kommunikációs eszköztár kidolgozása a CIC számára a közösségi alapú szervezetekkel konzultálva.	Tervezés és bevonás	3	Program csapat	Közösség tagjai
	b. A figyelemfelkeltő kampányok részeként kínálunk cselekvésre alkalmas lépéseket.		3		Végrehajtó szervezetek, közösségi tagok
	c. Konkrét stratégiák és segédanyagok kidolgozása a közösség egyes csoportjainak elérésére.		3		Közösség tagjai
	d. A CIC kommunikációs eszköztárának végrehajtása, beleértve a következőket: - A közösség befolyásoló személyiségeinek bevonása (beleértve az üzleti vezetőket, szellemi vezetőket, művészeket/	A kezdeményezés végrehajtása	3	Programcsapat, közösségi szervezetek	Végrehajtó szervezetek, közösségi tagok

	előadókat) a tudatosság növelése érdekében - A közösségi média kihasználása a tudatosság növelése érdekében - A technológia használata az önségítés és a CIC-hez való hozzáférés támogatására.				
9. Támogatás a vezetésnek					
	a. Vezetőképzés a megközelítés szükségességének hangsúlyozására, képzés és eszközök elfogadáshoz, a képzés beépítése a szervezeti gyakorlatba.	Kapacitás és rendszerek kiépítése	1	Kutatási és programcsapatok	Nemzeti, állami és helyi vezetők, végrehajtó szervezetek
10. Bizonyított tényeken alapuló gondozás és támogatás biztosítása					
	a. Tényeken alapuló pszichoszociális beavatkozások kidolgozása a CIC számára, a meglévő, bizonyítékokon alapuló közösségi beavatkozásokból és ellátási rendelkezésekből származó tanulságok alkalmazásával.	Tervezés és bevonás	2	Kutatási és programcsapatok	CIC segítő
	b. A CIC-segítők szerepének és a gondozás határainak meghatározása.	Tervezés és bevonás	1	Kutatási és programcsapatok, végrehajtó szervezetek	CIC segítő
	c. A közösség igényeinek megfelelő, időben és térben rugalmasan, a közösség szükségleteivel összhangban álló, lépcsőzetes ellátási modell biztosítása, amely méltányos, biztonságos, egyénre szabott, a támogatásra szoruló személyek számára a környezeti feltételeknek megfelelően.	A kezdeményezés végrehajtása	2	Végrehajtó szervezetek, CIC segítő	A közösség tagjai

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A jóllét mérésének és fejlesztésének multidiszciplináris keretrendszer

Article review: A Multidisciplinary Framework for Measuring and Improving Wellbeing

Ismertető: [Varga Zsuzsanna](#)

Doi: [10.58701/mej.19616](https://doi.org/10.58701/mej.19616)

Ismertetett cikk: Wassell, E., & Dodge, R. (2015). A multidisciplinary framework for measuring and improving wellbeing. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 21(2), 97–107.
<https://www.gssrr.org/index.php/JournalOfBasicAndApplied/article/view/3760>

Kulcsszavak: jóllét; multidiszciplinaritás; értékalapúság; közös felelősség; környezet
Keywords: wellbeing; multidisciplinary; appreciative, co-responsibility; environment

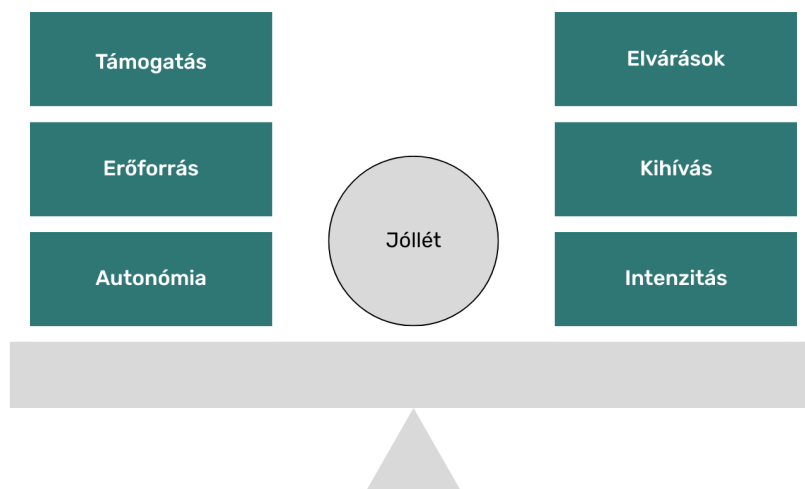
BEVEZETÉS

A szerzők egy jól ismert példával – a vak emberek és az elefánt történetével – érzékeltetik, milyen összetett fogalom a jóllét, amely szerint mind egy elefántot tapogatnak, és mivel mindegyikük az állat egy másik részét vizsgálja, vitatkoznak arról, hogy valójában mi is az elefánt. Tapasztalataik különbözősége ellenére mindegyiküknek igaza van, és az elefánt még annál is több, mint amit meg lehet érinteni vagy látni. Ez a metafora arra utal, hogy a különböző tudományterületek eltérő nézőpontból közelítik meg a jóllét kérdését, mégis mindegyik érvényes és értékes meglátásokat kínál. A tanulmány célja egy olyan multidiszciplináris, elméletileg megalapozott és a gyakorlatban is alkalmazható keretrendszer kidolgozása, amely lehetővé teszi a jóllét mérését és fejlesztését egyéni, közösségi, szervezeti és ökológiai szinteken egyaránt.

A JÓLLÉT MEGHATÁROZÁSA

Wassell és Dodge egy újfajta meghatározást javasolnak, amely a dinamikus egyensúly elméletére épül. E megközelítés szerint a jóllét akkor valósul meg, ha az egyén rendelkezésére álló erőforrások, a kapott támogatás és az autonómia egyensúlyban vannak az őt érő kihívásokkal, elvárásokkal és azok intenzitásával (lásd 1. ábra). A szerzők kiemelik, hogy nemcsak a túlzott megterhelés, hanem a kihívások hiánya is kedvezőtlenül befolyásolhatja a jóllétet. Ez a modell párhuzamba állítható Csíkszentmihályi „flow” elméletével, amely szerint az optimális élmény olyan helyzetekben jön létre, ahol a kihívás mértéke és az egyén képességei kiegyensúlyozottan találkoznak.

1. ábra: A jólét meghatározása (Forrás: eredeti cikk)



A JÓLLÉT DIMENZIÓI

A jólét egy összetett, sokdimenziós fogalom, amely az élet különböző területein – például egészség, jövedelem, oktatás, társas kapcsolatok, biztonság, környezet, valamint a munka és magánélet egyensúlya – megvalósuló egyensúlyra épül. A szerzők az OECD Better Life Index és a Millennium Ecosystem Assessment példáin keresztül mutatják be, hogy a jólét számos tényező kölcsönhatásából áll össze. Kiemelik, hogy nincs mindenki számára egységes recept a jólét elérésére: a beavatkozások akkor lehetnek hatékonyak, ha illeszkednek a helyi közösségek kulturális sajátosságaihoz, értékeihez és szükségleteihez. A jólét mérése során fontos figyelembe venni a szubjektív és objektív, valamint a belső és külső tényezőket is, hiszen a jólét a kihívások és az erőforrások közötti dinamikus egyensúly eredményeként alakul ki.

ÉRINTETTEK

A jólét megőrzése és fejlesztése közös felelősség, amelyben számos szereplő érintett: az egyének, a munkahelyi közösségek, az intézmények, a kormányzat, valamint maga a természeti környezet is. Kiemelt szerepet kap a munkahely, hiszen

a felnőttek életük jelentős részét ott töltik. A vezetők és döntéshozók kezében lehetőség és felelősség is rejlik: olyan munkakörnyezetet kell kialakítaniuk, amely támogatja az autonómiát, a biztonságérzetet és az emberi kapcsolatokat. A szerzők hangsúlyozzák a környezeti tényezők fontosságát is, rámutatva arra, hogy az ökológiai egyensúly és az emberi jólét szorosan összefonódik – egyik sem létezhet tartósan a másik nélkül.

MULTIDISZCIPLINÁRIS JÓLLÉTI KERETRENDSZER

A szerzők egy négy lépésből álló keretrendszert javasolnak a jólét mérésére és fejlesztésére:

- Exploráció – A jóléti állapot feltérképezése különböző dimenziók mentén, a kihívások és az erőforrások egyidejű vizsgálatával.
- Értékelés – Az összegyűjtött adatok közös elemzése, több érintett bevonásával.
- Tervezés – Célzott, pozitív pszichológiai beavatkozások kiválasztása a feltárt szükségletek alapján.
- Cselekvés – Közös felelősségvállalás a jólét előmozdításáért és fenntartásáért.

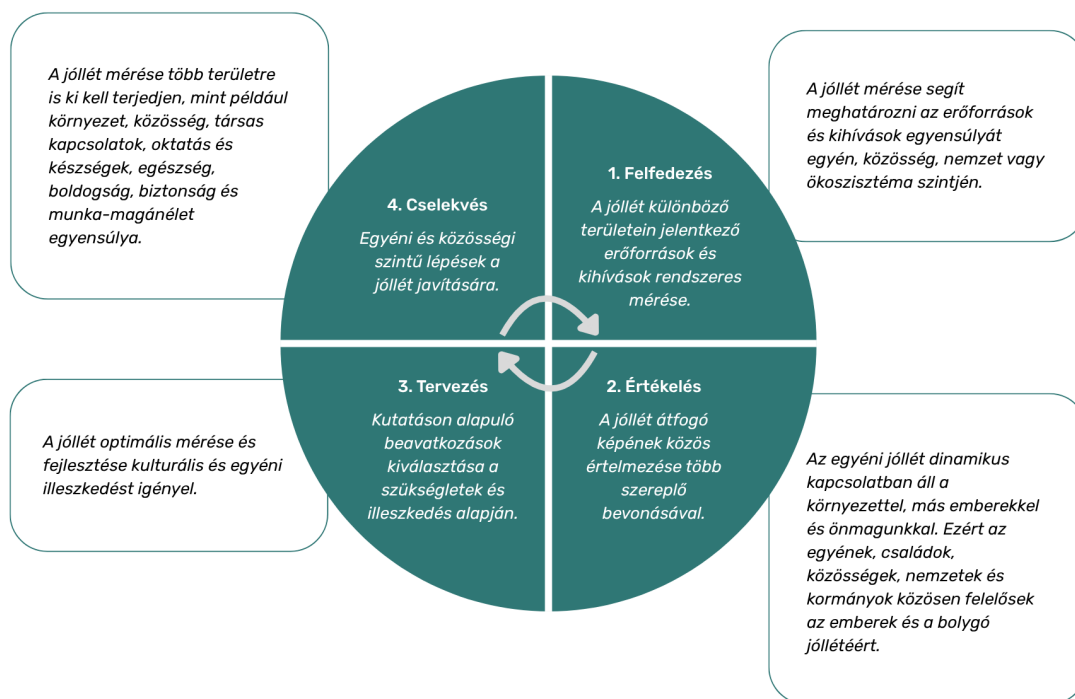
A modell elméleti alapját olyan megközelítések adják, mint a szociális kognitív elmélet, a szociális csereelmélet és a dinamikus egyensúly elmélete – ezek mind az egyén és környezete közötti kölcsönhatások jelentőségét hangsúlyozzák.

A KERETRENDSZER ERŐSSÉGEI

A bemutatott modell egyik legnagyobb erőssége a multidiszciplináris szemlélet, amely több tudományterület nézőpontját

ötvözi. Emellett kiemelkedik az értékalapú megközelítés (*appreciative inquiry*), a rugalmasan testre szabható beavatkozások lehetősége, valamint a kollektív felelősségvállalás hangsúlyozása. A szerzők választ adnak arra a gyakori kritikára is, miszerint a korábbi elméleti modellek nehezen alkalmazhatók a gyakorlatban: az általuk javasolt keretrendszer éppen ezt a szakadékot igyekszik áthidalni, és hidat képezni az elmélet és a gyakorlati megvalósítás között.

2. ábra: Multidiszciplináris jóléti keretrendszer (Forrás: eredeti cikk)



KÖVETKEZTETÉSEK

A cikk hangsúlyozza, hogy a jólét nem kizárólag az egyén felelősége – valódi előrelépés csak rendszerszintű, kollektív megközelítéssel érhető el. A szerzők szerint a tartós változás feltétele, hogy a beavatkozások figyelembe vegyék az egyéni szükségleteket, a szervezeti és kulturális sajátosságokat, valamint a környezeti tényezőket. Ugyanakkor felhívják a

figyelmet arra is, hogy további kutatásokra van szükség a mérőeszközök finomhangolásához, illetve a modell gyakorlati alkalmazásának szélesebb körű teszteléséhez.

AJÁNLÁS

A bemutatott keretrendszer hasznos kiindulópontot jelenthet minden olyan

szakember számára, aki intézményi szinten kíván hozzájárulni a jólét fejlesztéséhez. A cikk különösen releváns lehet az egészségügy, az oktatás, a humánerőforrás-menedzsment és a közszolgáltatások területén dolgozók számára, akik

összetett, sokszereplős rendszerekben keresnek hatékony mérési és fejlesztési megoldásokat. A modell hazai adaptációja elősegítheti a kontextusérzékeny, rugalmas és közösségi alapú beavatkozások elterjedését.

HIVATKOZÁSOK

Wassell, E., & Dodge, R. (2015). A multidisciplinary framework for measuring and improving wellbeing. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research*, 21(2), 97–107.
<https://www.gssrr.org/index.php/JournalOfBasicAndApplied/article/view/3760>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 06. 30.
Elfogadva: 2025. 07. 10.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

MÁSODKÖZLÉSEK

Másodközlés: A nem bináris nemi hovatartozás orvosi megítélésének szakirodalmi áttekintése

Secondary publication: Review of medical perception of non-binary and transgender continuum

Szerző: [Somorjai Noémi](#)

Doi: [10.58701/mej.19270](https://doi.org/10.58701/mej.19270)

Első megjelenés: Somorjai N. (2025). A nem bináris nemi hovatartozás orvosi megítélésének szakirodalmi áttekintése [Review of medical perception of non-binary and transgender continuum]. Orvosi hetilap, 166(6), 210–218. <https://doi.org/10.1556/650.2025.33222>

Kulcsszavak: transzneműség; nem bináris (köztes) identitás; fiatal felnőttek ellátása; orvos-beteg kapcsolat; neurodiverzitás; mentális egészség

Keywords: transgender; non-binary identity; care of young adults; doctor-patient relationship; neurodiversity; mental health

Absztrakt

A transznemű és nem bináris (köztes) személyek és fiatalok testi és lelki egészsége kevésbé kutatott terület hazánkban. A diagnosztikai eszközök és a felismerés esélye korlátozott, ami különösen veszélyeztetetté teszi e rejtőzködő csoportot. Az újabb diagnosztikai besorolás (Betegségek Nemzetközi Osztályozása, BNO-11) által javasolt 'nemi inkongruencia' tartós és jelentős eltérés a személy megélt identitása és testi megjelenése között. Az összhang hiánya önmagában nem indikálja diagnózis felállítását, viszont a mentális egészségi nehézségek és az önsértő magatartás gyakoribb előfordulása indokoltá teszi az orvosi ellátást és segítségnyújtást a mindennapi háziorvosi gyakorlatban is.

Abstract

The physical and mental health of transgender and non-binary persons is a poorly researched area in our country. Diagnostic tools and awareness are limited, which makes the hidden client group particularly vulnerable. According to the International Classification of Diseases (ICD-11), 'gender incongruence' is a permanent and significant discrepancy between the person's lived and physical appearance. The lack of consistency alone does not indicate a diagnosis, but the more frequent occurrence of mental health difficulties and self-harming behavior justifies medical care in everyday general practice.

Rövidítések

ADHD = (attention deficit hyperactivity disorder) figyelemhiányos hiperaktív rendellenesség; *BMI* = (body mass index) testtömegindex; *BNO* = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; *CBCL* = (Child Behavior Checklist) Gyermekviselkedési Kérdőív; *CDC* = (Centers for Disease Control and Prevention) Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (Egyesült Államok); *CRSRAS* = (Child Rearing Sex Role Attitude Scale) Gyermeknevelési Nemi Szerep Attitűd Teszt; *DSM* = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Mentális rendellenességek kórmeghatározó és statisztikai kézikönyve (a pszichiátria saját nevezéktani útmutatója); *GDP* = (gross domestic product) bruttó hazai termék; *GNC* = (gender non-conforming) gendernonkonform; *HIV* = (human immunodeficiency virus) emberi immunhiányt előidéző vírus; *LMBT* = leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű; *LMBTQ* = leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, (queer) köztes; *LMBTQI* = leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, (queer) köztes és interszexuális; *WPATH* = (World Professional Association of Transgender Health) Szakmai Világszervezet a Transzneműek Egészségéért

Fogalommagyarázatok

Cisznemű személy = a személy nemi identitása és önkifejezése összhangban van a születéskor jelölt nemével, nem transznemű.

Nem bináris identitás = a személy a születésekor bejegyzett nemétől függetlenül nem azonosul a nemi kettősség pólusáival, nem férfi és nem nő, a két nem (gender) között helyezkedik el, esetleg mindkettő vagy egy önmaga által meghatározott nemmel azonosul.

Nemi dysphoria = megfoghatatlan szorongás, melyet a nemi inkongruencia, meg nem felelés okozhat.

Nemi identitás = a nem, amellyel a személy azonosul, férfi, nő, transznemű, nem bináris, nemileg nonkonform vagy egyéb, a születéskor jelölt nemtől függetlenül.

Nemi inkongruencia = a személy nemi identitása és önkifejezése nincs összhangban a születéskor jelölt nemével.

Nemi megerősítő/helyreállító kezelések = orvosi kezelések, melyek célja a testi jellemzők megváltoztatása egy olyan testi állapot érdekében, amely jobban igazodik a személy nemi identitásához, és enyhíti a nemi dysphoriát, például hormonkezelések és sebészeti beavatkozások.

Nemileg diverz = nemi sokféleséggel jellemzett.

Nonkonform/gendernonkonform (GNC) = a nemi identitásában a férfi- vagy női identitással nem azonosuló személy (a nemi nonkonformitás arra utal, hogy az egyén megjelenése, viselkedése, érdeklődési köre és szubjektív énképzete milyen mértékben tér el a férfiaság/nőiesség hagyományos normáitól). *Testi dysphoria* = elidegenedés érzése a nemi jelleget közvetítő testi jellemzők kapcsán.

Transzgender, transznemű, transz = az a személy, aki a születésekor jelölt nemétől ellentétes nemmel azonosul. Így megkülönböztetünk férfi-nő, születési neme szerint fiú/ferfi, de leányként/nőként, és nő-ferfi, születéskor leányként/nőként jegyzett, de fiúként/ferfiként azonosuló személyeket.

Transzszexuális = a transzneműség szinonimájaként használják egyes társszakmák.

Transzvesztita = a másik nem ruhájába öltöző személy.

EGÉSZSÉGES SZEMÉLYEK A TÁRSADALOM PEREMÉN

A transzneműség mint jelenség megértése a mai napig a nehezen felfogható, világképbe nehezen integrálható entitások közé tartozik [1]. Az okokra nem hivatott kitérni e tanulmány, de a kérdéshez kapcsolható tabujelleg, az információhiány, a felismerhetőség nehézsége és a személyekhez kapcsolódó kirekesztés meglehetősen megnehezíti a kérdéskör tisztázását. A nehézség foka azonban nem mentesíti az egészségügyi intézményrendszert az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog elvárásai alól. Az idegen nyelvű adatbázisokban szabadon elérhető információ exponenciális növekedése, az 'open access' elérés gördülékenysége, a mesterséges intelligencia használata és a digitális egészségügy terjedése támogatja az ellátók és az érintettek ismeretszerzését, így célszerű felkészülni a mentális és szomatikus ellátás speciális kihívásaira [2].

TRANZNEMŰSÉG, NEM BINÁRIS IDENTITÁS, NEMI NONKONFORMITÁS

A téma a terminológiai átmenetiség, sokféleség zavarában szenved, miután viszonylag kisebb, rejtőzködő, számos megközelítést tükröző, nehezen elérhető csoport jellemzőit szükséges lefedni, és ahány érintett, civil csoport, kutató és régió, annyiféle közel azonos, de mégis eltérő és állandóan változó, konkretizálódó terminológiai kifejezést találunk [3]. Az egyszerűség és érthetőség kedvéért a transznemű vagy transzgender személyek a születési nemüktől különböző érzéssel, identitással élnek. Erre akár 3 éves korban rájöhetnek az érintettek, de még 60 éves kor felett is

ráérezhetnek [4]. A transznemű személyeket egy hosszú skálán érdemes elképzelni, amelynek két végpontján helyezkednek el az egyértelműen a másik nem nevét, nemét és attribútumait maguknak követelő, csak azzal azonosulni képes személyek, akik jelentős szenvedésnyomással élnek, és képesek mindent elkövetni, hogy fizikai testük a megélt nemük szerint nézzen ki. Születéskori nevüket lecserélik a másik nemből választott névre, és az új, megélt nemmel azonosulva élnek. A nyomát is el akarják tüntetni a ténynek, hogy valaha a másik nemhez tartoztak. A hormonterápia és sebészeti nemi megerősítő műtétek ezt többé-kevésbé lehetővé is teszik számukra. Őket nevezzük transznemű vagy transzszexuális személyeknek, bár a transzneműség gyűjtőfogalom is egyben. Van viszont a transznemű személyeket jelképező skálán egy kevésbé ilyen egyértelmű vágyakkal és énképpel élő csoport, amelynek tagjai a női és férfi nemi kontinuumon nem az ellentétes végpontba helyezik át magukat, hanem valahol a kettő közé, félúton vagy kicsit az egyik pólus felé. Esetleg mindkettőhöz tartozónak érzik magukat, férfinak is és nőnek is. Ők nem bináris transzneműek, avagy queerek (ejtsd: kvírek), nem elterjedt kifejezéssel élve [5]. (A queer magyarul furcsát jelent.) Elképzelhető, hogy valaki még a felsoroltakon kívüli, egyéni módon határozza meg magát [7]. Az utóbbi csoport, a nem bináris közösség tagjai általában nem igényelnek nemi átalakító műtétet és hormonterápiát, legfeljebb kisebb beavatkozást vagy részleges kezelést kérnek. Valószínűsíthető, hogy a nem bináris személyek létszáma a transznemű közösségen belül jelentősen nagyobb, mint azt ma gondoljuk [7].

A transzszexuális és a transznemű fogalma nagyjából átfedésben van, bár a transzszexuális ma már mellőzendő

megnevezés, hogy kerüljük a szexualitásra vonatkozó leszűkítő konnotációt, ezért előnyben részesítendő a transznemű fogalom. Ettől függetlenül más szakmák képviselői, például pszichológusok továbbra is használják a 'transzszexuális' fogalmat, Svédországban például a 'transzszexuális' diagnózis szükséges a nemi megerősítő orvosi ellátás biztosításához is. A szakirodalom olykor megkülönbözteti még a nemi nonkonform/gendernonkonform személyeket [8–10]. A szakirodalomban a transz és nem bináris, nemi nonkonform személyekre vonatkozó kutatások kezdetén járunk. Hazánkban a Magyar Orvosi Bibliográfia (MOB) online változata egyetlen fogalomra szűkítve – 'transzszexualitás' – 1990-től napjainkig 27 tétel bibliográfiai adatait tartalmazza (0,79 cikk/év) [11]. A pszichiátria rövidített kézikönyvének 2011. évi kiadása mindössze 22 sort fordít a nemi identitás zavarainak és alcsoportjainak felvázolására [12]. A pszichiátria magyar kézikönyve 6 oldalban foglalja össze a lényegi tudnivalókat, de nem hivatkozik az akkor érvényben lévő WPATH Standards of Care Version 7. ellátási protokollra, a legfrissebb hivatkozott irodalom pedig 2013. évi forrás [13].

DEMOGRÁFIAI TRENDEK

A transzneműség kérdésköre, megnevezése az elmúlt évtizedekben folyamatosan átalakult a diagnosztikai kritériumok változása és a jelenségről megszerezhető ismeretek függvényében, nem kis részben pedig a közvélemény által látható, érthető és elérhető információk terjedése következményeként. A transznemű személyek jelenléte a társadalomban általában rejtett, csak kevesek számára észlelhető, mégis elmondhatjuk, hogy mindig is létező jelenségről van szó

időtől és helytől függetlenül. A transzneműek lélekszámáról a legújabb felmérések és szerteágazó forrásokból meríthető adatok alapján a lakosság 0,6–0,7%-át közelítő adatot kapunk a trendeket tekintve [14–17]. *Butler* tanulmánya [14] szerint a stigmatizáltság várható csökkenése miatt az Egyesült Államok adatait véve alapul az 50 év feletti, szexuális és nemi kisebbségekhez tartozó személyek száma 2060-ra a 20 millió főt is elérheti az Egyesült Államokban, szemben a 2014-ben önbevallásos adatokon mért 2,7 milliós aránnyal. A *Lancetben* megjelent egyik tanulmányban [15] a világon élő összes transznemű személyt a 15 év feletti korcsoportban 25 millió főre becsülték 2011-ben, ami szintén növekvő tendenciát mutathat a fentebb említett okok folytán. *Flores és mtsai* [16] adatai szerint az USA felnőtt lakosságából 19 államban mért adatok alapján 0,56% vallja magát transzneműnek. Mindenesetre két trend világosan kivehető a rendelkezésre álló adatokból: 1) az idő haladtával a transznemű és nem bináris identitású személyek száma növekszik, 2) a fiatalabb korosztályokban a transznemű és nem bináris identitásúak nagyobb arányt mutatnak, mint az idősebb korcsoportokban. Mindehhez hozzájárul az általánosabb láthatóság és elfogadás a társadalom részéről, ami magával hozza a nagyobb hajlandóságot a transznemű és nem bináris identitás felvállalására. Hozzá kell tenni, hogy az identitásukban bizonytalan, rejtőzködő, útkereső és ellenséges környezetben élők száma miatt az arány ennél jóval nagyobb lehet, mivel a felsorolt vizsgálatokban csak az identitásukat vállalókat vették számba. A Los Angeles-i Williams Intézet becslése szerint a transz és nem bináris személyek száma a 18–24 éves korcsoportban a legnagyobb, 100 000 főre 700 személlyel számolnak (0,7%), míg 25–64 éves kor

között 600 főt becsülnék (0,6%). A leg-
alacsonyabb a számuk 65 év felett, 500
fő (0,5%) [16].

Egy minnesotai, 9. és 11. osztályos
középiskolásokat vizsgáló felmérésben
2016-ban 100 000 főre vetítve 2700 fő
jelölt transz és nem bináris identitást,
tehát kivételesen nagy arányt találtak
[17]. *Zang és mtsai* [18] 0,3–0,5%-ot
mértek felnőttek és 1,2–2,7%-ot gyerme-
kek és serdülők körében, ha nemi iden-
titásra kérdeztek. Ha viszont a nemi
diverzitás/nonkonformitás mértékét vizs-
gálták, felnőttek 0,5–4,5%-ban, gyerme-
kek és serdülők pedig 2,5–8,4%-ban
jelezték a főáramtól való eltérést. Az is
világosan látszik, hogy a most születő
generáció sokkal nagyobb biztonsággal,
fiatalabb korban érzi, gondolja és vállalja
is környezetében, ha transznemű vagy
nem bináris identitású.

VILÁGMÉRETŰ INFORMÁCIÓHIÁNY

Az általános közismereti információhi-
ány miatt, tudományos információk és
tapasztalatok hiányában a szülők, akik-
nek gyermeke nem a tipikus nemi visel-
kedés és preferenciák jegyeit mutatja, a
gyermek biológiai megjelenése alapján
ítélik meg a nevelés irányát. Probléma,
hogy a gyermek belső nemi tudatának,
nemspecifikus érzéseinek kialakulása
idejére, 3–5 éves korra a szülők már lelki
sérülések sorozatát ejtették a gyerme-
ken az elvárások megfogalmazásával,
tudattalan gesztusokkal, valamint a
gyermek ösztönös és akaratlagos jel-
zéseinek figyelmen kívül hagyásával
[19]. Ez a folyamat folyamatos frusztrá-
ciót, a későbbi életszakaszokban
ruminációt okoz mindkét félben, de
elsősorban a gyermekben, nem kevésbé
az anya-gyermek kapcsolat és szoros
kötődés megrendüléséhez [20] vezet. A

szülők értetlenséggel vegyes elutasí-
tással, esetleg ellenségességgel figyel-
hetik a gyermek fejlődését, ami kapcso-
latuk lazulásához, elidegenedéshez, elu-
tasításhoz vezethet, olykor később a
családi közösség érzésének tagadásáig
torzulhat. Következményeként a fiatal
elhagyhatja a családot. *Shelton* [21]
tanulmánya szerint az Egyesült Államok-
ban az utcán kallódó, otthonukat elha-
ggyó fiatalok mintegy 40%-a szexuális
vagy nemi kisebbségi volta miatt kény-
telen elhagyni családját.

Fontos szem előtt tartani a kérdést,
hogy a transzneműség az újabb diag-
nosztikai besorolás szerint már nem
tekintendő betegségnek, önmagában
nem kóros állapot, hanem az ember
testi, lelki, érzelmi és szexuális megnyil-
vánulásainak egyik ritka, viszonylag szél-
sőséges és sajátos, de normális és
egészséges variánsa [22].

Az életérzést a következőkben foglalja
össze Lemma [23, p. 279.]: „A transz-
szexuális talán a legszélsőségebb
módon mutatja ... azt a fejlődési kihí-
vást, ... hogy átalakítsa testét, ami ada-
tott, azzá, amit annak érez, ... hogyan
lehet 'személyre szabni' a külsejét. A
transzszexuálisok számára ezt az alap-
vető fejlődési kihívást tovább bonyolítja
a 'testet öltés' zavara, amelyet biológiai
és pszichológiai okból elviselhetetlenül
fájdalmasnak, összeegyeztethetetlen-
nek éreznek. A transzszexuális személy
gyakran ilyen fogalmakkal írja le állapotát:
'darabjaimra hullottam szét', 'egy kira-
kós, amit nem lehet összerakni', vagy
'aki önmagától is idegen', kiemelve a
szelf (önérzet) folytonosságának irritáló
szakadozottságát. A diszkrepancia az
'igazi' test követelése felé hajtja a transz
személyt, amely várhatóan megszab-
badítja őt ettől az elviselhetetlen
tapasztalástól.”

A magyarul fellelhető minimális szakirodalomban, amely a transznemű gyermekek és fiatalok pszichés ellátásával foglalkozik, *Adrigán és Sarkadi* [19] hivatkozik a New York-i Childhood Gender Identity Center 1980. évi vizsgálatára, amelyben több mint 100, többségében fiú adatait elemezték: „...az egyik legfontosabb rizikó- faktor ... a fokozott szorongáskészség, a félénk – külső ingerekre erősen reaktív – temperamentum. Ezek a gyermekek már csecsemőkorban síróssabbak, nehezen megnyugtathatók, ... jobban igénybe veszik a gondozó figyelmét. ...a szeparációs helyzetek jobban megviselik őket, és ha ezt a szülő nem tudja fokozott ráhangolódással ellensúlyozni, a kötődési kapcsolat könnyen bizonytalanná válik. Ha ehhez azután hozzáadódik a nehézség, ... hogy a gyermek spontán viselkedése, hajlamai nagyon nem illeszkednek a nemétől elvárhatóhoz, és emiatt tartósan inadekvátnak éli meg saját magát, a nehézségek csak fokozódnak és egymást erősítik” [19, p. 13.].

ORVOS-BETEG KAPCSOLAT ÉS KOMMUNIKÁCIÓ TRANZSNEMŰ, NEM BINÁRIS/NONKONFORM SZEMÉLYEKSEL

A javasolt orvos-beteg kommunikáció sajátosságairól *Hős* közölt összefoglalót [24]. A modern orvosi ismeretekben való jártasságon felül feltétlenül biztosítani kell az önrendelkezést, a kellő tájékoztatást, a tájékozott beleegyezést, az emberi méltósághoz való jogot és a diszkrimináció kerülését. Az orvos-transznemű páciens találkozáskor elvárható, hogy az orvos rákérdezzen a páciensről, milyen néven szólítható. Ha erre a megélt, vágyott nemhez való tartozást jelölő név a válasz, tanácsos elfogadni és bátran használni a meg-

szólítást. A bizalmi orvos-beteg kapcsolat alapozható meg a megszólítás megerősítésével.

A mindennapi orvosi gyakorlat során az előbbiekben említett demográfiai adatok alapján számos transz vagy nem bináris emberrel találkozunk, függetlenül attól, hogy az egyén tudatában van-e állapotának, ismeri-e a megfelelő diagnosztikai kifejezést, illetve hogy a kezelőorvos tudatában van-e betege transzneműségének vagy nem bináris jellegének, avagy az átmenet irányában tett esetleges lépéseinek. A páciensek többsége rejtőzködik az egészségügyben [14, 15]. Általában a transz és nem bináris közösségben csak a nagyon szélsőséges nemi dysphoriát megélő személyek kívánják magukat alávetni hormonterápiás kezelésnek, részleges vagy teljes sebészeti beavatkozásnak. Egy Ontarióban végzett kutatás [7] szerint egy transz demográfiai csoportból ($n = 433$) a többség, 53% egyáltalán nem tervez beavatkozást testi állapotába, és mindennapjait a minta 30%-a eredeti nemében éli transz emberként, 23%-a pedig a megélt/vágyott neme szerint él, de mindkét csoport orvosi beavatkozás nélkül. Mindössze 42% szed hormonkészítményt, és 15% ment át női (vaginoplasztikai), illetve 0,4% férfi (phalloplastikai) nemi megerősítő műtéten. Kuper és mtsai kutatásukban [25] online módszerrel vizsgálták bármilyen, a férfi- és női kategóriától eltérő identitású személyek ($n = 292$) nemi identitását és szexuális orientációját 18 évesnél idősebbek körében. A kapott eredmények szerint nagy többségük szintén nem kívánt igénybe venni hormonpótlást és/vagy sebészi beavatkozást, vagy bizonytalan volt a kérdésben. Nevezetesen hormonkészítményt nem kíván szedni a jövőben vagy bizonytalan 59,9%, mellkassebészeti kezelést nem tervez vagy

bizonytalan 65,7%, nemi megerősítő műtetet nem tervez vagy bizonytalan 79,0%, és más beavatkozást nem tervez vagy bizonytalan a jövőt illetően 67,2%. Tanulmányomnak nem fő fókusza a hormonkezeléses és sebészeti beavatkozásokon átesett vagy azt tervező transzneműek orvosi ellátásának feltárása, mivel ők speciális csoportot képeznek, és ez túlmutat a dolgozat keretein. Megjegyzendő, hogy a World Professional Association of Transgender Health (WPATH) 2022-ben kiadott ellátási protokollja 8. verziójának magyarra fordítása folyamatban van, megjelentetése a 2025. év végére várható. Azt viszont minden kutatóorvosnak, háziorvosi ellátásban vagy klinikumban praktizáló orvosnak érdemes tudnia, hogy a transzneműség és a nem bináris (köztes) identitás nem betegség, illetve fokozatosan szorul ki a BNO és DSM kézikönyvek kategorizációjából a mentális zavarok köréből, és egyre elfogadóbb, egyre kevésbé megbélyegző kifejezéssel írják le az állapotot. A transzneműség mint diagnózis már 2013-ban, a DSM-5 megjelenésével nemi dysphoriára változott. A dysphoria magyarul megmagyarázhatatlan, meghatározhatatlan kényelmetlenségérzetnek vagy megfoghatatlan kellemetlenségérzetnek fordítható. A BNO 11. kiadása, melynek bevezetése a jövőben várható, a *HA60 Nemi inkongruencia serdülő- vagy felnőttkorban* diagnózist alkalmazza. Az inkongruencia az összhang, összeillés hiánya, adott esetben a személy nemét illetően.

Fontos választóvonal, hogy a zavartottság, amelyet átél a gyermek/serdülő/felnőtt, egyes esetekben felfogható és megfogalmazható, szavakba önthető és kommunikálható a szülők, a család számára, főként a környezet felkészültségének, érzékenységének és stabilitásának függvényében. Diszfunk-

cionális családokban, nem támogató (ellenséges) környezetben azonban az elfojtás, a lelki kirekesztés (kompartmentalizáció) a túlélés útja. A lépés nem szándékosan végrehajtott működés, a túlélést akkor és ott segítő, egyetlen megbirkózási lehetőség, ha a személy leválasztja tudatos működéséről az érzést, kiszorítja mindennapi valóságából, és elraktározza egy majdani feldolgozás céljából [26, 27]. Később, alkalmas időben, akár évtizedekkel később előhívható, vagy más kiváltó tényező, életesemények aktiválhatják, hozzáférhetővé tehetik az elfojtott tudattartalmat, és feldolgozásra kerülhet szakember segítségével. A gyermekgyógyászati intézmények kulcsfontosságú szerepet kaphatnak, hogy a fiatalokkal és szüleikkel normalizálják a nemi identitást, és támogassák a szülők rugalmasságát a nemi szereppel kapcsolatos elvárások tekintetében [28].

Hogy milyen arányban áll a tudatosítani, szavakba önteni képes csoport az elfojtó és lehasító túlélési technikát alkalmazókhoz képest, arról nem állnak rendelkezésre vizsgálatok. Mindenesetre szorongó, depressziós [29, 30], borderline [31, 32], autizmuspektrum-zavarral [33, 34], illetve ADHD-vel élő [35, 36], szuicidvesélyeztetett páciensek [37, 38] esetében figyelembe veendő a latens transznemű vagy nem bináris állapot esetleges fennállása. A felsorolt speciális esetekben érdemes mérlegelni pszichológus vagy mentális szakember közreműködésének bevonását is.

Natalia Zhikhareva [39] Egyesült Államokban élő transzgender-specialista a páciensei között gyakran találkozik olyan idősebb személyekkel, akik normálisan felnőnek és megházasodnak, gyermekeik születnek, és azok önállósodásával, mentesülve minden akadálytól és telje-

sítve az összes társadalmi elvárást, 60 éves koruk után ébrednek rá, hogy transznemű személyként tudnának élni a legkomfortosabban. Ezt kerüendő célszerű idejekorán a szülők válaszaik keresztül megvizsgálni a gyermeket a nemi identitásáról. Ezzel együtt meg lehet érdeklődni a szülőtől, hogy a gyermek kíván-e az ellentétes nem ruháiban járni, az ellentétes nem játékaival játszani, vagy pubertáskor előtt kortárs-csoportban az ellenkező neműeket preferálja-e.

A tisztánlátás mind a gyermek, mind a szülők, mind az orvos számára megkönnyíti a később felállítható diagnózist. Az orvos feladata megerősíteni a gyermeket vagy serdülőt és a szülőt: elfogadunk, rendben van, ha így érzel; ez ritka, normális állapot; szeretünk úgy, ahogy vagy; támaszkodhatsz rám; kérdezhetsz tőlem bármit. Mindenképpen a megerősítés és a feltétlen elfogadás gesztusaival forduljunk a fiatal és szülei felé. Az életben való megkapaszkodást és a rájuk váró nehézségek leküzdését nagyban segíti, ha az iskolai környezet pozitívan viszonyul a transz és nem bináris diákok és hallgatók felé [40]. A Harvard Medical School a Szexuális és Nemi Kisebbségi Egészségügyi Mentorprogram bővítésével kimagasló elégedettséget mutató eredményeket ért el mind a mentorált LMBTQI-érintettek, mind pedig az LMBTQI-páciensekkel foglalkozó egészségügyi személyzet körében [41].

A transz és nem bináris felnőtteket, illetve a szülőket – iskolázottságuk, világnézetük, vallási meggyőződésük tisztelben tartásával – tájékoztatni kell. Az orvos röviden vázolja a lehetséges életutakat, nehézségeket, a várható traumákat, a visszafordítható és irreverzibilis folyamatokat. Mindenesetre a szülő

akkor segít (felnőtt) gyermekének, ha maximálisan elfogadja és támogatja őt, vagy erre idővel képessé válik. A *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ajánlásai [42] a szülők attitűdjének kialakításához transznemű, biszexuális és homoszexuális gyermekük irányában – melyet család- és gyermekorvosok is közvetíthetnek az ellátás biztosítása érdekében – a következők: 1) Rendszeresen és nyíltan, elfogadóan beszélgetsenek a másfajta nemi identitás és szexuális orientáció kérdéseiről, melynek során a fiatal felteheti az őt foglalkoztató kérdéseket. Hallgassák meg és hallják meg a serdülőt, éreztessék vele a szülők maximális elfogadását és szeretetét. Beszélgessenek a szerelemről, szexualitásról, párválasztásról, máságról, az általánostól eltérő identitásról, az esetükben érvényes szexuális orientációkról – mely lehet heteroszexuális, homoszexuális és biszexuális is –, a kockázatos szexuális viselkedésről, a védekezés nélküli aktus veszélyéről, a védekezés módszereiről. 2) Mivel a szülők sincsenek tisztában azzal, hogy mit jelent a transzneműség, milyen esetei vannak, mit jelent ma transzneműként vagy nem bináris személyként élni, milyen jogi lehetőségek vannak a nem- és névváltoztatásra, gyűjtsenek minél több információt. 3) Tűzzenek ki közös célokat a fiatal tanulmányi eredményeinek szinten tartása érdekében, közösen a fiatallal. 4) A szülők vegyék a fáradtságot, és mindig tudják, a fiatal/serdülő/gyerek kivel, milyen társaságban, hol jár. Szánjanak rá időt, és ismerjék meg gyermekük barátait. Jobb eséllyel indítják őket a felnőtté válás útján.

A CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION MEGÁLLAPÍTÁSAI

A transz és nem bináris diákok általánosságban a közösség periferiáján élnek, egészségügyi ellátók látóterébe ritkán kerülnek alapvető problémáikkal. A CDC [43] vizsgálatai szerint heteroszexuális és cisznemű kortársaikhoz képest nagyobb egészségügyi terhet viselnek a következő változók mentén: zaklatástól szenved az LMBT-diákok 33%-a, míg a heteroszexuálisok 18%-a. Reménytelenséget érez az LMBT-diákok 63%-a, a heteroszexuálisok 28%-a. Kényszerítették szexuális együttlétre az LMBT-fiatalok 22%-át, míg a heteroszexuálisok 5%-át. Komolyan fontolgatja az öngyilkosságot az LMBT-diákok 48%-a, a heteroszexuálisok 13%-a. Tiltott kábítószer használt az azonos nemű partnerrel szexuális kapcsolata során az LMBT-diákok 36%-a, szemben a másik csoport 19%-ával. Az LMBT gyűjtőfogalomban a kutatások a kisebb elemszám miatt gyakran nem térnek ki a transz és nem bináris csoport jellemzőire, ahol ezt mégis megteszik, ott általában még hátrányosabb arányokat találunk a transz és nem bináris közösség tagjai között, például a komoly pszichés zavarok és öngyilkossági kísérletek aránya közelítőleg 40%, viszonyítva az USA lakosságában általában mért 4,6%-hoz képest [44] a National Institute of Mental Health 2018. évi öngyilkossági statisztikája szerint.

Szintén a korábban idézett [43] tanulmányból ismert, hogy 2017-ben az USA 10 államában és 9 nagyvárosában felmérést végeztek, és a középiskolai diákok átlagosan 1,8%-a vallotta magát transzneműnek. A transznemű diákok gyakrabban lesznek erőszak áldozatai, valószínűbben élnek szerhasználattal,

nagyobb az öngyilkossági kockázatuk, és gyakrabban folytatnak kockázatos szexuális magatartást, viszont HIV-tesztet is gyakrabban végeztenek.

A fenti adatok alapján tehát a következő ajánlások figyelembevételére és alkalmazására bátorítják az oktatási intézmények dolgozóit a CDC említett ajánlásában. 1) Biztassák a hallgatókat mások tiszteletére, és kifejezetten tiltsák a bántalmazás minden, akár verbális, érzelmi, fizikai, akár internetes formáját. 2) Alakítsanak ki biztonságos helyeket az iskolában – tanári szoba, igazgatói titkárság, iskolai pszichológus irodája, iskolai könyvtár, diákönkormányzati iroda, diáktanácsadó –, ahol a diákok segítséget kaphatnak tanároktól vagy a személyzettől. Jelöljék is a helyet ún. „Védett tér” táblával, felirattal. 3) Buzdítsák a diákok önszerveződését, csoportjait, ahol befogadó és biztonságos az iskolai környezet minden diák számára, függetlenül szexuális orientációjától vagy nemi identitásától. 4) A szexuális egészségnevelésről tartott felvilágosítás minden esetben térjen ki a transznemű, biszexuális és homoszexuális fiatalok igényeire és nézőpontjára a szexuális úton terjedő betegségek, a HIV-fertőzés és a nem kívánt terhesség kérdéseiről is.

Érdemes megemlíteni: a tehetséggon-
dozásban [45] figyeltek fel arra, hogy a kimagasló képességű, tehetséges, kreatív diákok között nagyobb számban vannak LMBTQ-hallgatók is, lehet az akár kiemelkedő sportteljesítmény, intellektuális képesség vagy művészeti ágban mutatott tehetség. Egy vizsgálatban 10 000, 13–17 éves LMBTQI-diákot vizsgáltak, és megállapították, hogy a cisznemű/heteroszexuális csoportban az első számú probléma a tanulás, vizsgák, osztályzatokkal kapcsolatos gondok voltak, míg az LMBTQI-

diákok között ez nem szerepelt az első tíz probléma között a Human Rights Campaign felmérése szerint [46]. Meleg férfiak szintén jobb eredményt értek el főiskolai tanulmányaikban, nagyobb jövedelemre tettek szert az életben, és gyakrabban szereztek felsőfokú diplomát cisz-hetero társaiknál. *Hoover és mtsai* [47] vizsgálták a zaklatás, az iskolai biztonságos légkör és a tehetséges hallgatók státuszát. A zaklatás az egyik módszer lehet, amellyel a társadalom kommunikálja a társadalmi elvárásokat. A zaklatás csökkenti az iskolai teljesítményt, valószínűsíti a kimaradást az oktatási rendszerből, ami kedvezőtlen munkaerőpiaci helyzetet okoz, így magasabbban kvalifikálható személyek alacsonyabb színvonalú munkavállalók lesznek, aminek GDP-ben mérhető kiesés lesz a következménye. *Lee Badgett és mtsai* [48] számítása szerint ugyanis az LMBT-személyek törvényes jogainak elismerésében tett minden előrelépés az egy főre jutó reál-GDP hozzávetőleg 2000 dolláros növekedésével jár. A tehetséges LMBTQI-hallgatók gyakran tapasztalnak elszigetelődést, vagy saját magukat vonják ki a közösségből az elutasítástól, zaklatástól való félelem miatt. Transznemű gyerekek gyakran túlkompensálják az elvárt sztereotip nemi viselkedést. Kutatások hangsúlyozzák, hogy a pozitív iskolai légkör, a zaklatás minden formájának tiltása és legalább egy pártfogó mentor-tanár segítségével nagyobb valószínűséggel maradnak bent az LMBTQI-diákok az oktatási rendszerben, ami egyben az öngyilkosságok megelőzésében is támasza lehet a fiataloknak [40].

Ennek a tanulmánynak nem célja a hormonterápiás és sebészeti eljárások feltárása, de érdeklődőknek ajánlható az egyre nagyobb számban megjelenő utánkövetéses vizsgálat [49–53] tanul-

mányozása. Ami viszont kiemelendő: transznemű, nem bináris vagy hormonpótlást és/ vagy sebészeti beavatkozást tervező, használó vagy azon átesett személyeket vizsgálunk, életük korai szakaszától átmenetileg mentális, pszichoterápiás vagy pszichiátriai támogatásra fognak szorulni az esetek többségében a folyamatos orvosi kontroll mellett.

A FIATALKORÚAK ELLÁTÁSI HELYZETE

A gyermekeknek és a serdülőknek fokozott információigényük van, hogy a kapott releváns és megbízható forrásból származó információ birtokában, az életkoruknak megfelelően együttműködő szakember segítségével eligazodjanak a nemüket illető belső válaszok megértésében és felfedezésében, hogy kényelmesen és biztonságban érezhessék magukat a nemükben, bármi legyen is az, illetve függetlenül attól, hogy a jövőben az változik-e.

A hazai helyzet a jogi szabályozások következtében *Pap Erika* [54] klinikai szakpszichológus megfogalmazásában így hangzik: „Az elmúlt években gyermekpszichiátriai ambuláns rehabilitációs csoportjainkban ugrásszerűen megnőtt azon kamaszok száma, akik non-binárisnak és/vagy transzneműnek fogalmazták meg saját maguk nemi identitását. Egy részük hosszú évek óta járja az ellátórendszer útvesztőit, számos diagnózissal félbeszakadt terápiás folyamatokkal, jövőkép nélkül, reménytelenséggel, szuicid kísérletek után, önsértő magatartással. ... Jelenleg nincs szakmai protokoll, ami a tranzíció elhatalasztatásának vagy javasolása kérdésében konkrét kritériumok mentén biztonságos utat jelentene kliensnek és

terapeutának. Érvényben lévő szakmai szabályozás szerint 18 év felett a kliens önmaga koordinátora kellene, hogy legyen egy olyan folyamatban, ami számos ponton krízist okozhat számára, a család és a terápiás folyamat számára. ... Az is nehezíti a kérdést, hogy miközben a tranzíciónak a kérdése sok vetületű – jogi, testi-orvosi, politikai, pszichiátriai – a szakmán belül is félve vitatjuk meg saját álláspontjainkat. ... akiknél a klinikai képben azt látjuk, hogy magas szorongásuk, agresszivitásuk sokszor testi szinten is megjelenik, belső üresség, játékra és tartós kapcsolatra való képtelenség jellemzi őket. Évek alatt is csak minimálisan csökken impulzivitásuk és hangulatlanságuk, kapcsolataikban szélsőségesen jelenik meg az idealizálás vagy leértékelés, szexualitásuk kiskamaszkori szinteken marad. Az élet más területein is nagyon messze vannak a felnőtt szinthez közeli belátástól és autonómiától – de közben jogilag felnőttek, és a hormonkezeléstől, helyreállító műtéttől gyökeres javulást várnak mindenben.”

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG KÉRDÉSE

A változó társadalmi környezet a transznemű és nem bináris fiatalok mind nagyobb láthatóságát hozza, ezzel együtt egyre fiatalabb korban jelentkezhetnek serdülők és gyermekek, felnőttek az ellátásban. Ezzel egyidejűleg a megnevezések is árnyaltabbá válnak, és más hátrányos helyzeti tulajdonságokkal is ötvöződhet a transzneműség, például fogyatékoság, roma származás vagy neurodiverz állapotok [36]. A kutatások 2014-ig, az utóbbi időkig egyáltalán nem tértek ki a nemi kisebbségi, vagyis a transz és nem bináris személyek mentális egészségének vizsgálatára. Korábbi vizsgálatok [55] szerint a meleg és transz fiatalok 2–7-szer gyakrabban kerülnek

az öngyilkossági gondolatok és tettek közelébe, a későbbi vizsgálatok mégis csak elvétve tükrözik a felülreprezentált arányokat. Hazai kutatási adatokat nézve a MOB [56] online adatbázisában 1990-től napjainkig feldolgozott 461 találatból, mely az „öngyilkosság” tárgyszóra leszűrhető, mindössze egyetlen cikkfordítás foglalkozik az LMBTQ-személyek öngyilkossági magatartásának elemzésével, 460 eredeti tanulmány pedig egyáltalán nem.

Az ellátatlan fiatalok körében, akik idővel megérkeznek a felnőtt orvosi ellátásba, a szakirodalomban hivatkozott kisebbségi stressz keretrendszerében érdemes gondolkodni, mely szerint a külső stresszorok a stigmatizáltság, az előítéletek, a diszkrimináció, az elnyomás és az áldozattá válás, a belső stresszorok pedig a negatív megítélés internalizációja, a rejtőzködés és a fokozott éberség, a félelem az elutasítástól, bántalmazástól. Ezek a rizikófaktorok egymással interakcióban és függetlenül is hatással vannak a lelki és közvetve a fizikai állapotra [57].

A transznemű és nem bináris/nonkonform gyermekek általában gyengébb kapcsolatban vannak a szülőkkel. *Roberts és mtsai* [8] a gyermekkori szexuális, fizikai és lelki abúzus kapcsolatát vizsgálták az élettartam alatt előforduló poszttraumás stressz-zavar kockázatával. Megállapították, hogy a nemi nonkonform viselkedés egyértelmű előrejelzője a gyermekkori abúzus rizikójának, és valószínűsíti a poszttraumás stressz-zavar kockázatát. Fizikai bántalmazáson azt értik, ha egy felnőtt a családban meglökte, megragadta a gyermeket, fegyelmezésből elfenekelte, rúgta, ütötte vagy hozzávágott valamit. Szexuális abúzuson az értik, ha megérintette vagy érintésre kényszerítette felnőtt vagy idősebb gyermek, amikor nem akarta,

vagy szexuális aktivitásra kényszerítettek fenyegetéssel, leszorítással vagy bántalmazással. Lelki bántalmazáson/abúzuson azt értik, ha kiabáltak vele, bántó vagy sértő módon szóltak hozzá, oly módon büntették, hogy az kegyetlennek tűnt, vagy súlyos fizikai bántalmazással fenyegették. A poszttraumás stressz-zavar együtt jár a kockázatos egészségmagatartás, a védekezés nélküli szexuális együttlét, a szabályozatlan immunfunkciók, a cardiovascularis rizikó, a metabolikus szindróma és a krónikus fájdalom fokozott előfordulásával fiatal felnőtt korban. A gyermekkori abúzus ezen túl fokozza a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a drogfüggőség, a HIV-rizikómagatartás, a nem kívánt terhesség, az öngyilkossági kísérletek, a cukorbetegség, a megnövekedett BMI, a magas vérnyomás, a cardiovascularis betegségek és az asztma előfordulását felnőttkorban [8].

MacMullin és mtsai [9] nemi nonkonform gyermekek pszichológiai jólétét vizsgálták szüleik attitűdjé és kortárskapcsolataik felől, milyen hatással van magatartásukra és érzelmi jólétükre. A nemi nonkonformitás több magatartási és érzelmi nehézséggel járt együtt, ha az érintettek gyengébb kortárskapcsolatokkal bírtak, ha a szülők erősebben sztereotip nemiszerep-elvárással éltek, és kevésbé voltak hajlandók biztos támaszul szolgálni gyermekük számára. A magatartási problémákat a CBCL Gyermekviselkedési Kérdőívvel vizsgálták, a szülőket pedig a Gyermeknevelési Nemi Szerep Attitűd Teszttel (CRSRAS). A nemi nonkonform gyermekek nehézségei korreláltak a gyenge kortárskapcsolatokkal, a családban előforduló mentális egészségi diagnózissal, a szülők jövedelemszintjével, a gyengébb iskolai teljesítménnyel, a szülők sztereotip nemi nevelési elveivel és a szülők haj-

landóságával, hogy biztos támaszként szolgáljanak gyermekük számára. Pozitív védőfaktor volt tehát a nemi nonkonform gyermekek számára a jó kortárskapcsolat, amit az iskola is tovább erősíthet, és a szülők hajlandósága, hogy biztos támasz legyenek a gyermek számára. A szülők edukálása elengedhetetlen, valamint a javaslat megfontolása, hogy kerülniük érdemes a túlzottan sztereotip nemi elvárások érvényesítését nevelési stílusukban.

Zeluf és mtsai [58] Svédországban végzett online felmérésben vizsgálták a 15 és 94 év közötti transz személyek egészségét, életminőségét és rokkantságát. A 796 főből a legnagyobb csoport 44%-kal a nem bináris személyek, 24% transz férfi, 19% transz nő és 14% transzvesztita. A válaszadók 51%-a számolt be jó egészségről, egyötödük pedig gyengének minősítette állapotát. Az egészségügyi ellátásban szerzett negatív tapasztalatok, a nem bináris identitás és a nem jogi elismerésének akadályoztatása előre jelezték a kedvezőtlenebb, saját bevalláson alapuló egészségi állapotot, a rokkantságot és az alacsonyabb életminőséget. A vizsgált személyek 53%-a számolt be rokkantságról, és 44%-uknak volt átlag alatti az életminősége.

KÖVETKEZTETÉS

A jelen tanulmány általános bevezetéssel szolgál az orvosi és társszakmáktól átvett információk rendszerezésével a transznemű és nem bináris/nemi nonkonform felnőttek és fiatalok orvosi ellátásához, a felismerés elősegítéséhez és az általános informáltság kialakításához. Nem kevésbé lényeges kérdés a szülők és a kortársak, pedagógusok informálása, hiszen az oktatásban részt

venni kötelező, mégsem kapnak megfelelő védelmet és tiszteletet az oktatásban kötelességszerűen részt vevő nem bináris diákok. Ez az ember készítettségével ellentétes helyzetet teremt, hiszen ösztönösen kerüljük az életet, testi épséget, jó közérzetet fenyegető helyszíneket. A szülők is méltán kérhetik az iskolai környezet biztonságának garantálását. Hazánkban a transz és nem bináris gyermekek, serdülők és felnőttek alanyi jogon nem tudnak hozzáférni a számukra szükséges orvosi ellátáshoz [59], hiszen fiatal korban még szavak sincsenek arra [26], hogy elkülönültségérzésüket saját maguk számára megfogalmazzák, az orvostudományban pedig a hallgatók nem részesülnek kellő mélységű transzspecifikus oktatásban. A 18 év alattiak jószerével nem kapnak orvosi ellátást, megfelelő ismereteket és megerősítést, így felnőttkorukat elérve kezeletlenül, ellátatlanul és többnyire

diagnózis nélkül érkeznek a felnőttellátásba. Ekkor az ellátónak már tisztában kellene lennie a korábbi anamnézis alapján a transznemű állapot fennállásával, hogy a tájékozott döntés meghozatalához szükséges információkat átadhassa [60].

Az egészséges életmód megteremtéséhez a pozitív énkép kialakítása elengedhetetlen feltétel, ezzel csökkenthetjük a társbetegségek előfordulását is. Megállapítható, nem egyszerű feladat ellenes környezetben, információ hiányában és megfelelő támogatók nélkül felnőttkorra pozitív énképet kialakítani transz vagy nem bináris fiataalként. Hogy mennyire tud partner lenni a folyamatban a háziorvos, a gyermekorvos, a klinikus vagy a kutatóorvos, ahhoz a megfelelő alapismeretek elsajátítása elengedhetetlen feltétel.

ANYAGI TÁMOGATÁS

A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a közlemény végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

ÉRDEKELTSÉGEK

A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

HIVATKOZÁSOK

- [1] Somorjai N. Current issues in providing healthcare for sexual and gender minority individuals. [A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései.] Orv Hetil. 2021; 162: 1267–1274. [Hungarian]
- [2] Bálint E, Dombos T. Awkward silence. LGBTI people in the Hungarian healthcare system. [Kínos csend. LGBTI emberek a magyar egészségügyi rendszerben.] Háttér Társaság, Budapest, 2021. [Hungarian]
- [3] Lee JG, Ylioja T, Lackey M. Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender search terminology: a systematic review of health systematic reviews. PLOS ONE 2016; 11: e0156210.

- [4] DR Z PHD Gender Specialist (Internet). Natalia P Zhikhareva, Beverly Hills, CA, 2024. Available from: <https://drzphd.com/> [accessed: July 7, 2024]; <https://www.youtube.com/@DRZPHD> [accessed: July 7, 2024].
- [5] McGuire JK, Beek TF, Catalpa JM, et al. The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *Int J Transgend*. 2018; 20: 289–304.
- [6] Háttér Society. LMBTQI Glossary. [Háttér Társaság: LMBTQI Szószedet.] Available from: <https://hatter.hu/archivum/kultura-es-mozgalom/lmbtqi-szoszedet> [accessed: Sept 30, 2024]. [Hungarian]
- [7] Scheim AI, Bauer GR. Sex and gender diversity among transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *J Sex Res*. 2015; 52: 1–14.
- [8] Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, et al. Childhood gender nonconformity: a risk indicator for childhood abuse and post- traumatic stress in youth. *Pediatrics* 2012; 129: 410–417.
- [9] MacMullin LN, Bokeloh LM, Nabbijohn AN, et al. Examining the relation between gender nonconformity and psychological well-being in children: the roles of peers and parents. *Arch Sex Behav*. 2021; 50: 823–841.
- [10] Fiani CN, Han HJ. Navigating identity: experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *Int J Transgend*. 2018; 20: 181–194.
- [11] Hungarian Medical Bibliography. Transsexuality. [Magyar Orvosi Bibliográfia – Transszexualitás.] Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest. Available from: <https://mob.aeek.hu/simplesearch.jsp?WHAT=2&TOS,H=transszexualit%E1s> [accessed: Sept 30, 2024]. [Hungarian]
- [12] Füredi J, Németh A, Kéri Sz. (eds.) Abridged handbook of psychiatry. 3rd ed. [Németh A, Füredi J. (szerk.) A pszichiátria rövidített kézikönyve. Harmadik kiadás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [13] Simon L. Gender identity disorders. In: Németh A, Füredi J. (eds.) The Hungarian manual of psychiatry. 6th edition. [A nemi identitás zavarai. In: Németh A, Füredi J. (szerk.) A pszichiátria magyar kézikönyve. 6. kiadás.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2021; pp. 370–376. [Hungarian]
- [14] Butler SS. Sexual and gender minority mental health among older adults. In: Rothblum ED. (ed.) The Oxford handbook of sexual and gender minority mental health. Oxford University Press, Oxford, 2020; pp. 245–255.
- [15] Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016; 388: 390–400.
- [16] Flores AR, Herman JL, Gates GJ, et al. How many adults identify as transgender in the United States? Williams Institute, Los Angeles, CA, 2016.
- [17] Nolan IT, Kuhner CJ, Dy GW. Demographic and temporal trends in transgender identities and gender confirming surgery. *Transl Androl Urol*. 2019; 8: 184–190.
- [18] Zhang Q, Goodman M, Adams N, et al. Epidemiological considerations in transgender health: a systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health* 2020; 21: 125–137.
- [19] Adrigán E, Sarkadi B. Boys and girls. Issues of gender identity in the clinic. [Fiúk és lányok. A nemi identitás kérdései a klinikumban.] *Serdülő- és Gyermekek-pszichoter*. 2022; 15: 5–7. [Hungarian]
- [20] S. Nagy Z. The role of early trauma in development. In: Árkovits A, Terenyi Z, Varga SK. (eds.) Trauma kaleidoscope. [A korai trauma szerepe a fejlődés alakulásában. In: Árkovits A, Terenyi Z, Varga SK. (szerk.) Trauma-kaleidoszkóp.] Oriold Kiadó, Budapest, 2023; pp. 111–131. [Hungarian]
- [21] Shelton J, Winkelstein J. Librarians and social workers: working together for homeless LGBTQ youth. *YALS* 2014; 13: 20–24.
- [22] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people. Version 8. *Int J Transgend Health* 2022; 23(Suppl 1): S1–S259.
- [23] Lemma A. The body one has and the body one is: understanding the transsexual's need to be seen. *Int J Psychoanal*. 2013; 94: 277–292.

- [24] Hős G. Information on the recommended practice for the treatment of transgender patients. [Tájékoztató a transznemű páciensekkel kapcsolatos bánásmód javasolt gyakorlatáról.] *Magy Urol.* 2018; 30: 92–93. [Hungarian]
- [25] Kuper LE, Nussbaum R, Mustanski B. Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *J Sex Res.* 2012; 49: 244–254.
- [26] Rowlett JD, Patel D, Greydanus DE. Homosexuality. In: Greydanus DE, Wolraich ML. (eds.) *Behavioral pediatrics.* Springer, New York, NY, 1992; pp. 37–40.
- [27] Hopwood M, Cama E, de Wit J, et al. Stigma, anxiety, and depression among gay and bisexual men in mixed-orientation marriages. *Qual Health Res.* 2020; 30: 622–633.
- [28] Coyne CA, Sajwani A, Chen D. Gender and its variation in youth. In: Feldman HM, Elias ER, Blum NJ, et al. (eds.) *Developmental-behavioral pediatrics*, 5th edition. Elsevier, New York, NY, 2022; pp. 757–764.
- [29] Janeway H, Coil CJ. Emergency care for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatr Emerg Med Pract.* 2020; 17: 1–20.
- [30] Turban JL, Ehrensaft D. Research review. Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry* 2018; 59: 1228–1243.
- [31] Goldhammer H, Crall C, Keuroghlian AS. Distinguishing and addressing gender minority stress and borderline personality symptoms. *Harv Rev Psychiatry* 2019; 27: 317–325.
- [32] Pantalone DW, Sloan CA, Carmel A. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder and suicidality among sexual and gender minority individuals. In: Pachankis JE, Safren SA. (eds.) *Handbook of evidence-based mental health practice with sexual and gender minorities.* Oxford University Press, New York, NY, 2019.
- [33] Bouzy J, Brunelle J, Cohen D, et al. Transidentities and autism spectrum disorder: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2023; 323: 115176.
- [34] Strang JF, van der Miesen AI, Fischbach AL, et al. Common intersection of autism and gender diversity in youth: clinical perspectives and practices. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2023; 32: 747–760.
- [35] Goetz TG, Adams N. The transgender and gender diverse and attention deficit hyperactivity disorder nexus: a systematic review. *J Gay Lesbian Ment Health* 2024; 28: 2–19.
- [36] Strang JF, Kenworthy L, Dominska A, et al. Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Sex Behav.* 2014; 43: 1525–1533.
- [37] Kohnepoushi P, Nikouei M, Cheraghi M, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts in the transgender population of the world: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2023; 22: 28.
- [38] Marconi E, Monti L, Marfoli A, et al. A systematic review on gender dysphoria in adolescents and young adults: focus on suicidal and self-harming ideation and behaviours. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2023; 17: 110.
- [39] Zhikhareva NP. On your terms. Gender transition redefined for adults. DR Z Consulting, Los Angeles, CA, 2023.
- [40] Marraccini ME, Ingram KM, Naser SC, et al. The roles of school in supporting LGBTQ+ youth: a systematic review and ecological framework for understanding risk for suicide-related thoughts and behaviors. *J Sch Psychol.* 2022; 91: 27–49.
- [41] Charlton BM, Potter J, Keuroghlian AS, et al. Development of a mentor training curriculum to support LGBTQIA + health professionals. *J Clin Transl Sci.* 2024; 8: e44.
- [42] Somorjai N. Homosexuality. LGBTI children and adolescents in pediatric outpatient care. [Homoszexualitás. LMBTI-gyermekek és -serdülők a házi gyermekorvosi ellátásban.] *Hírvivő* 2017; 22: 24–27. [Hungarian]
- [43] Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. US Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2015. Health disparities among LGBTQ youth. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/disparities/health-disparities-among-lgbtq-youth.htm> [accessed: July 7, 2024].
- [44] National Institute of Mental Health. Mental health statistics: suicide. 2018. Available from:

- <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide> [accessed: July 8, 2024].
- [45] Wexelbaum R, Hoover J. Gifted and LGBTIQ: a comprehensive research review. *Int J Talent Develop Creativity* 2014; 2: 73–86.
- [46] Human Rights Campaign. Growing up LGBT in America: HRC Youth survey report key findings. Available from: <https://www.aamc.org/about-us/equity-diversity-inclusion/lgbt-health-resources/growing-lgbt-america> [Last accessed: 2014.]
- [47] Hoover J, Larson J, Baker T. Bullying, school climate, social climate and intellectual development: implications for the lives of high-achieving, creative students. *Int J Talent Develop Creativity* 2013; 1: 33–43.
- [48] Lee Badgett MV, Waaldijk K, van der Meulen Rodgers Y. The relationship between LGBT inclusion and economic development: macro-level evidence. *World Development* 2019; 120: 1–14.
- [49] Claahsen-van der Grinten H, Verhaak C, Steensma T, et al. Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence-current insights in diagnostics, management, and follow-up. *Eur J Pediatr.* 2021; 180: 1349–1357.
- [50] Park RH, Liu YT, Samuel A, et al. Long-term outcomes after gender-affirming surgery: 40-year follow-up study. *Ann Plast Surg.* 2022; 89: 431–436.
- [51] de Vries AL, Steensma TD, Doreleijers TA, et al. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med.* 2011; 8: 2276–2283.
- [52] Santi D, Spaggiari G, Marinelli L, et al. Gender-affirming hormone treatment: friend or foe? Long-term follow-up of 755 transgender people. *J Endocrinol Invest.* 2024; 47: 1091–1100.
- [53] Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, et al. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS ONE* 2011; 6: e16885.
- [54] Pap E. Transgender adolescents with chronic mental health problems on the verge of transition? In: The tolerable uncertainty of the future. The 17th Conference of the Journal of Psychotherapy. [Kronikus mentális problémákkal élő transznemű kamaszok a tranzíció küszöbén? In: A jövő elviselhető bizonytalansága. A Pszichoterápia folyóirat 17. Konferenciája, Budapest, 2023. május 12–13.]. MentalPort Kft., Budapest, 2023; 60. [Hungarian]
- [55] Frankowski BL, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics* 2004; 113: 1827–1832.
- [56] Hungarian Medical Bibliography. Suicide. [Magyar Orvosi Bibliográfia. Öngyilkosság.] Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest. Available from: <https://mob.aeek.hu/simplesearch.jsp?TOSRCH=%F6ngyilkoss%E1g&WHAT=2&PAGE=9> [accessed: July 10, 2024]. [Hungarian]
- [57] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129: 674–697.
- [58] Zeluf G, Dhejne C, Orre C, et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden – a web-based survey. *BMC Public Health* 2016; 16: 903. Erratum: *BMC Public Health* 2016; 16: 1085.
- [59] Hidasi B. TransCare 2014. Documentation of discrimination of trans* people in health care in Hungary. [TransCare 2014: a transz* embereket egészségügyben érő diszkrimináció dokumentálása Magyarországon.] Transvanilla Transznemű Egyesület, Budapest, 2014. [Hungarian]
- [60] Transgender Europe. Guidelines to human rights-based transspecific healthcare. [Útmutató az emberi jogokon alapuló transz- specifikus egészségügyi ellátáshoz.] Transvanilla Egyesület, Budapest, 2021. [Hungarian]

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Somorjai Noémi
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest
somorjai.noemi@semmelweis.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 05. 28.
Elfogadva: 2025. 05. 29.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Világjelentés az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőiről. Vezetői összefoglaló

Translation: World report on social determinants of health equity. Executive summary

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19279](https://doi.org/10.58701/mej.19279)

Fordított dokumentum: World report on social determinants of health equity: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://doi.org/10.2471/B09387> Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Kulcsszavak: egészségi méltányosság; társadalmi befolyásoló tényezők; éghajlati válság

Keywords: healthy inequity, health dtereminants; climate crisis

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A lakóhely, a közösségek, amelyekhez az adott egyén tartozik, az iskolai végzettség, az etnikai hovatartozás, a faj, a jövedelem és a nem, valamint az, hogy él-e valamilyen fogyatékkal, mind-mind nagyban befolyásolják, hogy meddig élhet egészségesen. A legmagasabb várható élettartamú országban született emberek átlagosan 33 évvel tovább élnek, mint a legalacsonyabb várható élettartamú országban születettek. A várható élettartamban jelentős különbségek vannak a nagyon hasonló jövedelmi szintű országok között: az adatok azt mutatják, hogy a jövedelmi szinttől függetlenül egyes országoknak az elmúlt fél évszázadban sikerült megfeleznük az idő előtti halálozást, míg más országokban ez az arány nem változott, sőt növekedett. Az országokon belül a várható élettartam évtizedenként változik,

attól függően, hogy milyen területen élünk, és milyen társadalmi csoporthoz tartozunk.

Ezek az elkerülhető egészségi állapotbeli különbségek nagyrészt az egészségi méltányosság¹ társadalmi meghatározó tényezőinek tudhatók be. Az egészség társadalmi meghatározóival foglalkozó WHO-bizottság ("a Bizottság") 2008-as következtetése, mely szerint "*a társadalmi igazságtalanság nagymértékben gyilkol*", továbbra is érvényes/aktuális. Annak ellenére, hogy világszerte egyetértés van abban, hogy ezeket a társadalmi meghatározó tényezőket kezelni kell, 2008 óta nem történt elegendő előrelépés ezen a téren. Miközben az országok közötti egészségi különbségek csökkentek az országok általános társadalmi és gazdasági fejlődésével, számos országban az egyenlőtlenségek tovább növekednek, ami viszont tovább mélyíti

¹ Az eredeti dokumentumban előforduló „equity” kifejezést „méltányosság”-nak, az „equality” kifejezést „egyenlőség”-nek fordítottuk.

az egészségi méltánytalanságokat. Az országokon belüli különbségek szélesedése, különösen az alacsonyabb jövedelmű országokban, csökkenti a jólét eléréséhez kulcsfontosságú befogadó intézmények létrehozásának képességét, és növeli annak az esélyét, hogy az országok a konfliktusok és az alulfejlettség körforgásába kerülnek.

A WHA74.16 (2021) határozatban a Hetvennegyedik Egészségügyi Világközgyűlés felkérte a főigazgatót, hogy készítsen egy frissített jelentést az egészséget

meghatározó társadalmi tényezőkről, azok egészségre és az egészségi méltányosságra gyakorolt hatásáról, a megoldásukban eddig elért eredményekről és a további intézkedésekre vonatkozó ajánlásokról. A „Világjelentés az egészségi méltányosságot befolyásoló társadalmi tényezőkről” ennek a kérdésnek tesz eleget.

Az 1. ábra áttekintést nyújt az egészségi méltányosság társadalmi meghatározóiról és az ebben a jelentésben tárgyalt cselekvési területekről.

1. ábra: Az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezői a jelentésben vázoltak szerint (Forrás: a fordított dokumentum)



Az egészség társadalmi meghatározó tényezőivel foglalkozó Bizottság célkitűzéseihez képest elért eredmények

A Bizottság azt a törekvést fogalmazta meg, hogy egy generáción belül felszámolja az egészségi különbségeket. Az előrehaladás jelenlegi üteme mellett ez a cél nem érhető el. A mindennapi élet

feltételeinek javulása – beleértve a minőségi oktatáshoz, a gazdasági lehetőségekhez és a foglalkoztatáshoz, valamint a vízhez, a higiéniahoz, az energiához, a lakhatáshoz és a közlekedéshez való hozzáférést – nagyban hozzájárult a népesség egészségi állapotának javulásához. Ezt a fejlődést azonban megállította egy sor előre jelezhető és megelőzhető –

pénzügyi, éghajlati, konfliktusok és világjárványok által kiváltott – globális válság.

A Bizottság azt a célt tűzte ki, hogy 2040-re felére csökkenti a társadalmi csoportok közötti várható élettartambeli különbségeket az országokon belül. Ahol rendelkezésre állnak erre vonatkozó adatok, ott az ilyen várható élettartamkülönbségek az országokon belül gyakran növekedtek. Világszerte az öt éven aluliak halálozása 2000 és 2023 között a felére csökkent, ami nem éri el a Bizottság által kitűzött 90%-os csökkenéshez szükséges javulást 2040-ig. A leggyorsabb relatív csökkenés az alacsony jövedelmű országokban volt tapasztalható, de 2023-ban az alacsony jövedelmű országokban az öt éven aluliak halálozási aránya még mindig 13-szor nagyobb volt, mint a magas jövedelmű országokban.

Az anyai halálozás 2000 és 2023 között világszerte 40%-kal csökkent, a 100 000 élve születésre jutó 328 halálesetről 197-re, de a Bizottság célkitűzésének eléréséhez 2040-ig kevesebb mint 16 halálesetre kell csökkennie 100 000 élve születésre vetítve. A hátrányos helyzetű vagy marginalizált csoportokhoz tartozó nők – jövedelem, faji és etnikai hovatartozás, iskolai végzettség vagy lakóhely szerint mérve – még mindig sokkal nagyobb valószínűséggel halnak meg a várandóssággal összefüggő okok miatt, mint előnyösebb helyzetű társaik, minden jövedelemszintű országban.

Az egészségi méltányosság terén elért tartós előrelépéshez politikai akaratra és cselekvésre van szükség az egészségi egyenlőség strukturális társadalmi meghatározó tényezőinek, valamint a mindennapi életkörülményeknek a kezelése érdekében.

A COVID-19 világjárvány méltánytalan hatásai

A Covid-19 világjárvány mélyreható globális példája a méltánytalan egészségi változásoknak, amelyeket a társadalmi meghatározó tényezők okoznak. A kezdetektől fogva a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek a magasabb halálozás előrejelzői voltak. Az országok közötti egyenlőtlenségeket a Covid-19 eredményeiben súlyosbította a diagnosztikához, a vakcinákhoz és az egyéb ellenintézkedésekhez való méltánytalan hozzáférés. A Covid-19 nagyobb előfordulása és halálozása az országon belül nagyobb társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségekkel járt együtt, beleértve a faji és etnikai hovatartozás miatti riasztó méltánytalanságokat számos országban. A gyógyszerekhez való egyenlőtlen hozzáféréseken túl a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek akadályozták a népegészségügyi és szociális intézkedések hatékonyságát a világjárvány terjedésének és hatásának csökkentésében. A világjárványnak a méltánytalanságokat felgyorsító hatása a kezdeti válság után is megmaradt. Számos alacsony és közepes jövedelmű ország nagymértékű államadóssággal küzdött, ami csökkentette az egészségügy javításához szükséges szociális és fizikai infrastruktúrába történő beruházások költségvetési mozgásterét, és az egészségügyi szolgáltatások terén jelentős elmaradásokat eredményezett. A fenntartható fejlődési célok (SDG-k) felé tett globális előrehaladás már a világjárvány okozta további sokk előtt is akadozott, most pedig súlyosan elmaradt. A Covid-19 nem az utolsó olyan világjárvány lesz, amely súlyos egészségügyi és egészségi méltányossági hatásokkal jár, hacsak nem teszünk fokozott erőfeszítéseket a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek kezelésére a világjárvány megelőzésének, a felkészültségnek és a reagálásnak a részeként.

Intézkedési területek

Négy, egymásra épülő stratégiára van szükség ahhoz, hogy tartósan hozzájáruljunk az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek kezeléséhez:

1. A gazdasági egyenlőtlenségek kezelése, valamint a szociális infrastruktúrába és az egyetemes közszolgáltatásokba való beruházás.



2. A strukturális megkülönböztetés leküzdése.



3. A kihívások és lehetőségek kezelése az éghajlatváltozás és a digitális átalakulás megatrendjei által az egészségi méltányosságot szisztematikusan elősegítő módon.



4. A cselekvések koherenciáját és hatását maximalizáló irányítási intézkedések bevezetése.



1. Gazdasági egyenlőtlenségek és egyetemes közszolgáltatások

A gazdasági egyenlőtlenségek és a minőségi közszolgáltatásokhoz való nem megfelelő hozzáférés olyan területeken, mint az egészségügy, az oktatás, a szociális védelem, a közlekedés és a lakhatás, az egészségi méltánytalanságok kialakulásának fő mozgatórugói. Az egészségi méltányosság előmozdítása az egész kormányzat elkötelezettségét igényli és a gazdasági és szociálpoli-

tikákon keresztül történő cselekvést. A magas színvonalú és megfizethető egészségügyi, jóléti és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításához



célzott állami beruházásokra van szükség, függetlenül attól, hogy azokat az állami, a magán- vagy civil (nonprofit) szereplők nyújtják. A szociális szolgáltatásokra fordított kiadások növelése bizonyítottan mérhető javulást eredményez az egészségi méltányosság terén. A szociális védelmi programok az egész életpálya során a szükséges feltételek megteremtéséhez szükséges beruházások, amelyek lehetővé teszik, hogy minden ember jólétben és boldogan éljen.

Az olyan beavatkozások, mint a munkanélküli segélyek, a nyugdíjak és a gyermektartásdíj, biztonsági hálót nyújtanak a rászorultság idején. Csökkentik a szegénységet és az eladósodást, és javítják az egészségi állapotot. A fejlesztési finanszírozásra és a minimális adószintekre irányuló nemzetközi együttműködés kihasználható az Egyesült Nemzetek Szervezetének (ENSZ) inkluzív globális fórumán belül annak érdekében, hogy érdemi előrelépés történjen az egészségügyi egyenlőség terén.

Számos kormány kezdi fontolóra venni a jóléti keretrendszereket, hogy a bruttó hazai terméken (GDP) túlmutatóan mérje a fejlődést. A jólétre vonatkozó költségvetési tervezés keretbe foglalja a nemzeti fejlődést, így a legtagabb értelemben vett egészség a politikai döntéshozatal középpontjába kerülhet. Az egészségi méltányosság szerves részét képezi a jóléti megközelítéseknek, segítve annak biztosítását, hogy a pénzügyi forrásokat olyan területekre irányítsák, amelyek minden polgár számára maximalizálják az egészségi állapotot.

A számos országban megfigyelhető növekvő külső adósságszintek korlátozzák a költségvetési mozgásteret az egyetemes közszolgáltatásokba történő alapvető beruházásokhoz. Becslések szerint 2024-ben 3,3 milliárd ember élt olyan országokban, amelyek többet költöttek adósságkamatok fizetésére, mint az oktatásra vagy az egészségügyre. A külső adósságszintek csökkentése, a költségvetési mozgástér megteremtése és a szociális szolgáltatások iránti elkötelezettség fokozása alapvető fontosságú az e területeken történő beruházások növeléséhez, ami végső soron egészségesebb és méltányosabb közösségekhez vezet.

Azok a kereskedelmi szereplők, akik olyan árukat és szolgáltatásokat állítanak elő, amelyek javítják az egészséget, támogatják a jó foglalkoztatási feltételeket és pozitív hatással vannak a közösségekre, jótékony hatással lehetnek az egészségre és csökkenthetik az egészségi méltánytalanságokat. Ugyanakkor az üzleti szereplők azon hatásait, amelyek fokozzák az elkerülhető egészségkárosodást, a bolygókárosodást és a méltánytalanságokat, azokat a kormányoknak és az intézkedések meghozatalára felkészült ügynökségeknek kell kezelniük az emberi és planetáris egészség érdekében, regionális és nemzetközi mechanizmusok támogatásával. Bizonyított, hogy a közszféra hatékonyan képes enyhíteni az egészségkárosító kereskedelmi gyakorlatok negatív hatásait, többek között az emberi és a bolygó egészségét jobban megbecsülő szabályozási és jogszabályi változtatásokkal. A közszféra az áruk és szolgáltatások beszerzőjeként szerzett jelentős befolyását – amelynek értéke világszerte meghaladja a 38 billió amerikai dollárt – a jó érdekében is felhasználja, a fenntartható mezőgazdaságtól kezdve a tisztességes munkáig.

2. Strukturális megkülönböztetés

A strukturális megkülönböztetés olyan diszkrimináció, amely szisztematikusan jelentkezik a társadalomban, és beágyazódik az uralkodó kultúrákba, jogi mechanizmusokba és gazdasági struktúrákba. Átfogó stratégiákra van szükség a rendszerszintű és gyakran régóta fennálló méltánytalanságok felszámolásához. A történelmi diszkrimináció egyes népességcsoportok számára kevesebb erőforrást és az emberi jogok kisebb mértékű érvényesülését, tartós generációk közötti egyenlőtlenségeket eredményezett, amelyek az egészségi méltánytalanságokban nyilvánulnak meg.



A rasszizmus, a szexizmus, az előítéletesség és a fogyatékosági megkülönböztetés hatásai például gyakran együtt jelentkeznek, egymást erősítik, és amelyek az élet során és a generációkon át az egészséget és az emberek boldoguláshoz szükséges cselekvőképességét aláássák. A mélyen gyökerező méltánytalanságok orvoslása intézményi és jogi változásokat, az emberi jogok szisztematikus megvalósítását, valamint a társadalmi és gazdasági erőforrások országok közötti és országokon belüli újraelosztását igényli. A helyreállító igazságszolgáltatás és az érintett közösségek kárpótlása egyre inkább előtérbe kerül az egészségi méltányosság javítása és a strukturális erőszak orvoslása, valamint a károk, a stressz és a hátrányos helyzet generációk közötti átörökítésének csökkentése érdekében.

A (társadalmi) nemek közötti egyenlőtlenség a strukturális megkülönböztetés és a társadalmi méltánytalanságok más aspektusaival is összekapcsolódik. A nők és a lányok gyakran rosszabb egészségi

állapottal és életminőséggel küzdenek, amit az elégtelen szociális és egészségügyi védelem még tovább ront. Az emberi jogokon alapuló, a nők méltányos munkaerőpiaci részvételét és javadalmazását támogató, valamint a fizetetlen gondozási és háztartási munkával járó terheket csökkentő politikák kisebb nemek közötti egészségi egyenlőtlenségeket eredményeznek, és azokat a nők szegénységének leküzdésére irányuló erőfeszítéseknek kell kísérniük.²

A migráció növekvő volumene és kiszámíthatatlansága, valamint a polgári lakosságot egyre jobban sújtó, példátlan mértékű konfliktusok a strukturális erőszak egy olyan formáját jelentik, amely alapjában rombolja az egészségi méltányosságot. A migránsok és a konfliktusok által érintettek védelmének fontos eszköze a stabil szociális védelem, amely alkalmazkodik az egészségügyi vészhelyzetek és a konfliktusok változó körülményeihez. Ugyanígy azok a gyakorlatok is, amelyek az egészséghez való jog elvét migráns vagy állampolgársági státusztól függetlenül biztosítják.

3. Az éghajlatváltozással és a digitalizációval kapcsolatos cselekvések irányítása az egészségi méltányosság érdekében

Az éghajlatváltozás és a digitális átalakulás két olyan fontos egzisztenciális erő, amely jelentősen befolyásolja az egészségi méltányosságot. A zöld és a digitális gazdaság számos ország gazdasági tervének kulcsfontosságú pillére. A hatékony éghajlatváltozással kapcsolatos cselekvésnek integrálnia kell az



"igazságos energiaátmenetet" és az egészségi méltányossági megfontolásokat, valamint az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezőkkel kapcsolatos hatékony megközelítéseket, biztosítva, hogy az éghajlatváltozás enyhítését és az alkalmazkodást célzó intézkedések ne súlyosbítsák a méltánytalanságokat, és prioritásként kezelve a nagyobb sebezhetőséghez vezető körülményekkel küzdő népességcsoportokat.

Az éghajlattal kapcsolatos, az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőit célzó intézkedéseknek ágazatközi jellegűnek kell lenniük. Ezek közé tartoznak a környezetszennyezés szigorúbb környezetvédelmi szabályozással történő csökkentésére irányuló intézkedések, a tömegközlekedés bővítése, valamint az élelmiszerbiztonságot és az egészséges táplálkozást előmozdító fenntartható, ugyanakkor a vidéki lakosság javát szolgáló mezőgazdasági gyakorlatok előmozdítása. A globális felmelegedés egyenlőtlen terheit elismerő pozitív keretek, beleértve az ENSZ 29. Éghajlatváltozási Konferenciája (UN COP29) által kezdeményezett Veszteség- és Káralap (*Loss and Damage Fund*) létrehozását, fontos intézkedések az éghajlattal kapcsolatos egészségi méltánytalanságok orvoslására szolgáló eszközök megteremtésében.

A digitális technológiák és a nagy adathalmazok javíthatják az egészségügyi és szociális ellátás nyújtását és eredményeit, de hatékonyságuk az egészségi méltányosság támogatásában attól függ, hogyan alkalmazzák azokat. Ahhoz, hogy a digitalizációban rejlő, az egészségi méltányosság javítására irányuló potenciál kiaknázható legyen, többféle megközelítés kombinációjára van szükség. Ezek

² A kiadványban végig hivatkozunk az emberi jogi, valamint a nemzetközi jog szabályaira és normáira, amelyek alkalmazhatósága egy adott helyzetben olyan tényezőktől függ, mint például az, hogy az állam ratifikálta-e a vonatkozó emberi jogi okmányokat.

közé tartozik a szolgáltatásokhoz való méltányos hozzáférés biztosítása a digitális hozzáféréstől és a digitális írástudástól függetlenül; a szolgáltatások befogadó kialakítása, a végfelhasználók által meghatározott prioritásokkal; a méltánytalan platformalapú üzleti modellek szabályozása; valamint az emberi jogi keretek végrehajtása, amelyek csökkentik az emberi méltóságot, az autonómiát és magánéletet érintő kockázatokat. A munka és az oktatás világában a digitalizáció jótékony hatású lehet, de a lakosság széles rétegeinek az alapvető szociális védelemből és szolgáltatásokból való kirekesztését is eredményezheti.

Az információ önmagában is fontos meghatározója az egészségnek, ugyanakkor az információhiány és a félretájékoztatás is – napjainkban egyre növekvő mértékben – befolyásolja az egészségi állapotot. Az egészséginformációs csatornák számának növekedése, valamint a bizalom, a tekintély és a társadalmi kapcsolatok összetett kölcsönhatása új kihívásokat és lehetőségeket teremtett, amelyekkel az egészségügyi intézmények alig tudnak lépést tartani. Sürgősen olyan egészséginformációs méltányosságot szisztematikusan előmozdító struktúrák kialakítása szükséges, amelyek külön figyelmet fordítanak az egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkre vonatkozó információkra.

A gyors technológiai változásokkal összefüggésben a kereskedelmi szereplők elszámoltathatósága és tevékenységük szabályozása gyakran elmaradt. A szakpolitikáknak biztosítaniuk kell, hogy a digitális fejlődést pozitív célokra használják, például a telemedicina és a távoktatás lehetőségeinek kiaknázására, és mindenki számára hozzáférhetővé tegyék. A platformok üzemeltetőinek és a működésüket szabályozó szervezeteknek felelősséget kell vállalniuk a függőséget okozó és

antiszociális online viselkedés ártalmainak visszaszorítására. A generatív mesterséges intelligencia és más technológiai fejlesztések az egészségügyi ellátás számos területén alkalmazásra kerülnek, de tudatos tervezési és irányítási erőfeszítéseket kell tenni annak biztosítására, hogy ezek a változások segítsenek áthidalni, és ne növeljék a digitális szakadékot.

4. Irányítás a cselekvések koherenciájának és hatásának maximalizálása érdekében

A nemzeti kormányoknak és a nemzetközi szervezeteknek együtt kell működniük, és támogatniuk kell a helyi önkormányzatokat,



a közösségeket és a civil társadalmat az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőire irányuló erőfeszítéseikben. Az egészségi méltányosságot támogató nemzetközi rendszer megerősítésre szorul az érdeellentétek enyhítése, az ágazatokon átívelő cselekvések előmozdítása, valamint a demokratikus elszámoltathatóság és az emberi jogok teljes körű megvalósítása érdekében.

A helyi önkormányzatok, a civil társadalom és a közösségek megerősítése kulcsfontosságú az egészségi méltánytalanságok csökkentésében. A helyben dolgozó emberek és a helyi szervezetek ismerik sajátos kihívásaikat, lehetőségeiket és környezetüket, így jobban képesek a társadalmi meghatározó tényezőkkel kapcsolatos intézkedések meghatározására és végrehajtására. A helyi kezdeményezések ígéretesnek mutatkoznak a társadalmi kapcsolatok javításában, valamint az elszigeteltség és a magányosság kezelésében is. E helyi erőfeszítések megfelelő forrásokkal, hatás-

körrel és politikai támogatással történő támogatása döntő fontosságú a sikerükhöz.

A közösségi vélemények számára platformok létrehozása, valamint a szakpolitikák és programok közös kialakítása azokkal, akiket szolgálni kívánnak, biztosítja, hogy a szolgáltatások megfeleljenek az igényeknek. A méltányosságot, a részvételt és az egészségügyi alapellátási megközelítéseket előtérbe helyező, szilárd egészségügyi és ellátási ágazat kiépítésével, valamint az ágazatközi cselekvést elősegítő struktúrák kialakításával jelentős előrelépés érhető el az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőire irányuló cselekvésekben.

Az egészségügyi alapellátás megközelítései az egészségügyi szolgáltatásokat közvetlenebbül a lakossági igényekhez igazítják, olyan rendszerszintű visszacsatolási hurkokat hozva létre, amelyek helyi és országos szinten is lehetőséget teremtenek az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek megváltoztatására. Az ilyen megközelítésekhez munkaerőt szükséges biztosítani az egészségügyi és szociális ágazatokban. Az egészségügyi szakemberek képzése a társadalmi meghatározó tényezőkről és a kulturálisan megfelelő és befogadó módon történő ellátásról javíthatja képességüket a méltányos ellátás biztosítására, valamint az ágazatközi munkára, a közösségek bevonására és az igényeikre való jobb reagálásra a mindennapi életkörülmények javítása érdekében.

A szilárd és reprezentatív irányításhoz átfogó adatrendszernek támogatására van szükség. A társadalmi meghatározó tényezőket befolyásoló feltételek és intézkedések megbízható nyomon követése elengedhetetlen az előrehaladás monitorozásához, az elszámoltathatóság biztosításához és a politikai dön-

tések megalapozásához. Az adatok kor, nem, faj, etnikai hovatartozás, migráció és társadalmi-gazdasági státusz szerinti bontása hasznos az egészségi méltánytalanság mélyebb megismeréséhez, ami nélkülözhetetlen az átfogó intézkedések sikeréhez. Az országok tapasztalatai szerint az előrehaladás hatékony nyomon követése elengedhetetlen a cselekvés minden szakaszában – a szakpolitikai célok megfogalmazásában, a szükségletek meghatározásában, a cselekvéshez szükséges koalíciók, társadalmi kezdeményezések kialakításában, valamint az alapvető változásokhoz szükséges hosszú távú politikai elkötelezettség fenntartásában.

Stratégiai cselekvési keret

A proaktív és átfogó stratégiák, amelyek az egészségügyi, társadalmi és környezeti hatásokat integrálják a gazdasági és fejlesztési gondolkodásba, erőteljes változásokat eredményezhetnek az egészségi méltányosság növeléséhez. A legsikeresebb stratégiák a határozott vezetés és az egész kormányzatra kiterjedő, bizonyítékokat generáló és azokból tanuló megközelítések révén születnek. Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése nem csupán az összesített egészségadatok igazságsabb eloszlásának biztosításán múlik, hanem az elkötelezettségen is, hogy "senkit sem hagyunk hátra", ami az Agenda 2030 (*Agenda for Sustainable Development*) központi ígérete.

Az Agenda 2030 megvalósításában az intézmények és ágazatok kulcsfontosságú szerepet játszanak:

- **Nemzeti és helyi kormányok:** erős szakpolitikákkal vezetnek, és egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkkel kapcsolatos intézkedéseket építenek be a stratégiákba, amelye-

ket ágazatközi irányítási struktúrák és beruházások támogatnak.

- **Civil társadalom:** az egészségi méltányosság társadalmi meghatározói-val kapcsolatban részt vesznek az érdekérvényesítésben, a szakpolitika-alkotásban, a közösségi cselekvésben, a tudásépítésben és a társadalmi mozgósításban.
- **A magánszektor:** kötelezettséget vállal olyan társadalmi szerződések megkötésére, amelyek támogatják az egészségi méltányosságot, fokozzák a vállalatok társadalmi felelősségvállalását és a jó állampolgári magatartást, elkerülik a szabályozási hiányosságok kihasználását, és javítják az elszámoltathatóságot a foglalkoztatási és termelési gyakorlatokban.
- **Kutatóintézetek:** partnerségeket mozditanak elő és bővítik az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek változtatását célzó komplex adaptív szakpolitikák és válaszok alapját képező evidenciákat.
- **Az ENSZ rendszere és a globális pénzügyi intézmények:** az egészségi méltányosságot elfogadják központi célként, támogatják az országokat a jelentésben szereplő kulcsfontosságú ajánlások végrehajtásában, és támogatják az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőire irányuló szakpolitikákat, beruházásokat és hitelezést.

- **Az Egészségügyi Világszervezet:** továbbra is proaktívan előmozdítja az egészségi méltányossági menetrendet a normák és szabványok megállapításához szükséges bizonyítékok gyűjtésével, a globális és nemzeti szakpolitikák koherenciájának támogatásával, a különböző partnerek tárgyalóasztalhoz ültetésével, a nyomon követéssel és megvalósítással, valamint a kapacitásépítéssel.

A globális betegség- és halálozási teher nagy része megelőzhető lenne. Az egészségmutatók elkerülhető különbségeinek állandósulása igazságtalan. Az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek kezelése iránti megújult elkötelezettség létfontosságú út a hibák orvoslásához. Ez a Világjelentés egyértelmű ajánlásokat tesz a társadalmi meghatározó tényezők minden szinten történő kezelésére (lásd a 2. ábrát, amely alulról felfelé foglalja össze a tennivalókat, és az 1. táblázatot). A vezetőknek minden szinten új lendületet kell adniuk, és céltudatosan követniük kell azokat az intézkedéseket és átfogó stratégiákat, amelyek a legígéretesebbek e meghatározó tényezők változtatásában, áthidalva a különböző tudományágakat és ágazatokat. Csak az egészségi méltánytalanságok kiváltó okaira irányuló kollektív és holisztikus erőfeszítésekkel lehet a következő eredményeket elérni, hogy a világ hosszú, egészséges életet biztosítson mindenki számára, ahogyan azt az Agenda 2030-ban előirányozták.

Ajánlások az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőivel kapcsolatos intézkedésekre

1. CSELEKVÉSI TERÜLET

A gazdasági egyenlőtlenségek kezelése és az egyetemes közszolgáltatásokba való befektetés

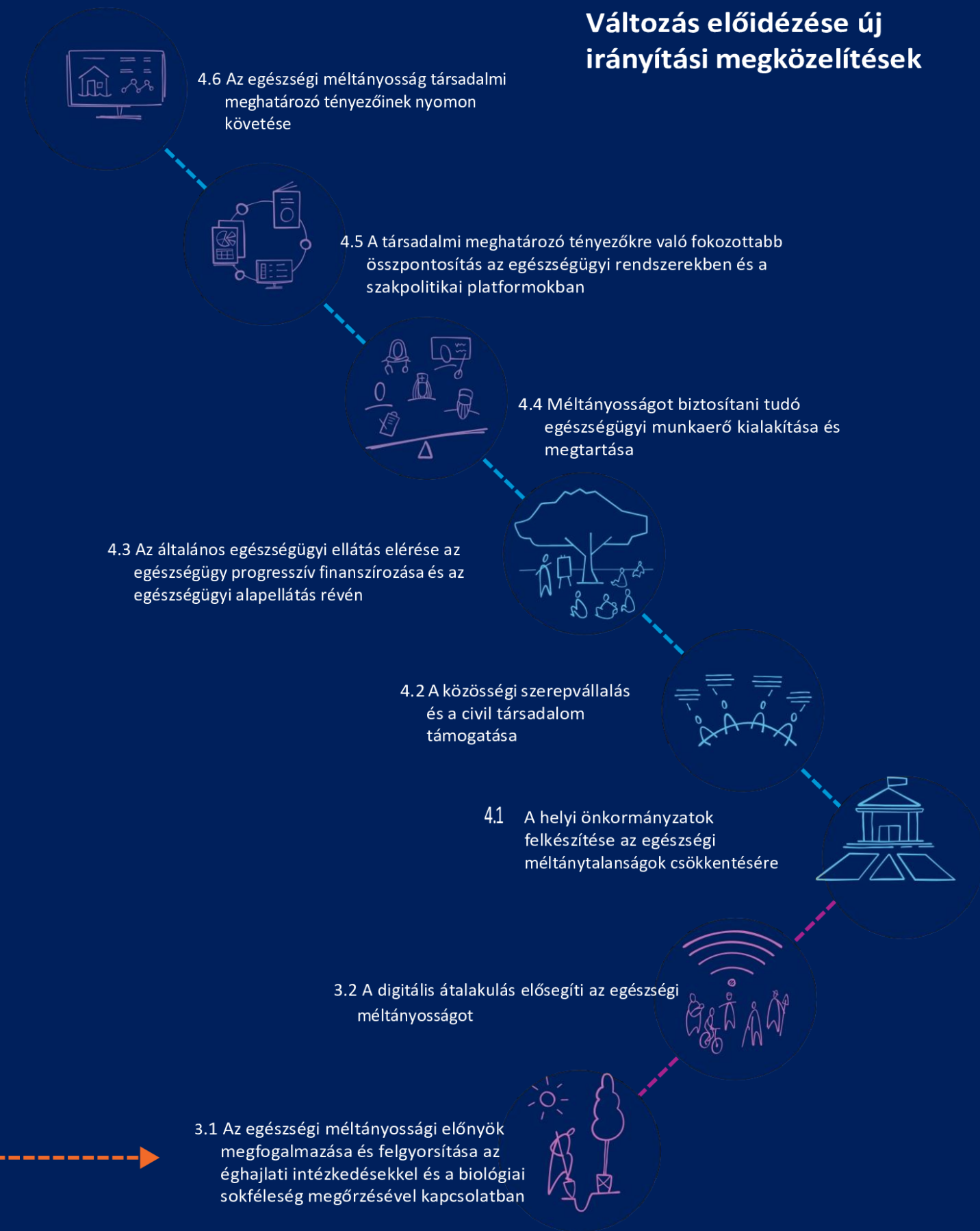


2. CSELEKVÉSI TERÜLET

A strukturális megkülönböztetés, valamint a konfliktusok, a vészhelyzetek és a migráció meghatározó tényezőinek és hatásainak kezelése

4. CSELEKVÉSI TERÜLET

Változás előidézése új irányítási megközelítések



3. CSELEKVÉSI TERÜLET

A megatrendek az egészségi méltányosság irányába történő terelése: éghajlatváltozás és digitalizáció

1. táblázat: Ajánlások az egészségi méltányosságot befolyásoló társadalmi tényezőkkel kapcsolatos intézkedésekre (Forrás: a fordított dokumentum)

Ajánlás	Jelentés szakasza	Kulcsintézkedések
1. Cselekvési terület: A gazdasági egyenlőtlenségek kezelése és az egyetemes közszolgáltatásokba való befektetés		
A gazdasági egyenlőtlenségek kezelése és az egyetemes közszolgáltatásokba való befektetés. 	3.1	- A progresszív adózás felhasználásával a jövedelemtranszferek és az egyetemes, méltányos közszolgáltatások költségvetési mozgásterét bővítése. - Megfelelő közfinanszírozás biztosítása a jó minőségű, méltányos infrastruktúrához és szolgáltatásokhoz, valamint hatékony mechanizmusok biztosítása a minőség és a méltányosság biztosítására. - A jóléti gazdaságok irányába való elmozdulás és a jóléti költségvetés-tervezés megfontolása.
Az egészségi méltányosságot befolyásoló társadalmi tényezők előmozdítása a fejlesztések finanszírozásában és a befektetéseken. 	3.2	- A fejlesztések finanszírozása, az adósságelengedés és az adózás megközelítései között az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek kezeléséhez szükséges finanszírozás (költségvetési mozgástér) igényének biztosítása. - Fejlesztések finanszírozása és nyomon követése az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőit kezelő szakpolitikákban, intézkedésekben és infrastruktúrába történő állami beruházások támogatásában.
Az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezők elemzése és kezelése. 	3.3	- Az egészséget és az egészségi méltányosságot negatívan befolyásoló kereskedelmi tevékenységek elemzése, törvényi szabályozása, a magánszektor egészségfejlesztő képességének maximalizálása mellett. - A szakpolitikai környezetben felmerülő összeférhetetlenségek kezelése a népesség egészségére és az egészségi méltányosságra gyakorolt negatív hatások megelőzéséért. - Az egészséget és az egészségi méltányosságot pozitívan befolyásoló kereskedelmi tevékenységek ösztönzése a közsféra mintájára – például olyan közbeszerzések előírása révén, amelyek fenntartható, biztonságos és egészséges termékeket, valamint biztonságos és tisztességes munkaügyi normákat követelnek meg az ellátási láncokban. - Az egészségi méltányosság szempontjainak erősítése a globális és regionális kereskedelmi folyamatokban, beleértve a szellemi tulajdonjogokkal kapcsolatos szempontokat is.
Az egyetemes szociális védelmi rendszerek átfogó jellegének növelése és lefedettségének kiterjesztése az egész életpálya során. 	3.4	- Megfelelő jövedelemgaranciák és ellátás biztosítása az egész életpálya során, beleértve a fogyatékkal élőket és a krónikus betegeket is. - A betegszabadságra és a szülői szabadságra vonatkozó fizetett szabadságok kiépítése és kiterjesztése, beleértve a bizonytalanul foglalkoztatottakat és az informálisan dolgozókat is.

Ajánlás	Jelentés szakasza	Kulcsintézkedések
2. Cselekvési terület: A strukturális megkülönböztetés, valamint a konfliktusok, a vészhelyzetek és a migráció meghatározó tényezői és hatásai elleni küzdelem		
A strukturális diszkrimináció kezelése. 	4.1	- A szakpolitikákba, törvényekbe, intézményekbe és társadalmi normákba ágyazott megkülönböztetés felismerése és orvoslása. - A gyarmatosítás negatív hatásainak orvoslása a jóvátételi igazságosság normáinak kidolgozásával, amelyek az egészségre gyakorolt hatásokat mérik. - Az őslakos identitás mint az egészség és az egészségi méltányosság meghatározó tényezőjének elismerése (amelyet a megkülönböztetés és a történelmi igazságtalanságok, valamint a védő tényezők is alakítanak), az őslakos népek jogairól szóló ENSZ-nyilatkozat rendelkezéseinek tiszteletben tartása mellett.
Az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek kezelése és védelme vészhelyzetekben, migrációban és konfliktusokban. 	4.2	- A béke elismerése mint az egészségi méltányosság alapvető meghatározó tényezőjeként, az egészség elismerése a béke felé vezető hídként. - Biztosítani kell, hogy az egészségi vészhelyzetekre való felkészülés és reakálás során az egészségi méltányosságot befolyásoló társadalmi tényezők központi szerepet kapjanak, beleértve a szociális védelem méltányos és gyors bevezetését. - A lakóhelyüket elhagyni kényszerült személyek és migránsok jogainak biztosítása, és támogatása abban, hogy megkülönböztetés nélkül hozzáférhessenek az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz.
3. Cselekvési terület: Az éghajlatváltozással és a digitalizációval kapcsolatos fellépés irányítása az egészségi méltányosság irányába		
Az egészségi méltányossági előnyök megfogalmazása és felgyorsítása az éghajlati intézkedésekkel és a biológiai sokféleség megőrzésével kapcsolatban. 	5.1	- Az éghajlatváltozás mérséklésére és az ahhoz való alkalmazkodásra irányuló olyan szakpolitikák kidolgozásának és végrehajtásának támogatása, amelyek maximalizálják az egészségi méltányosságot és a járulékos előnyöket. - Az energia- és élelmiszeripari átmenet lehetővé tétele, hogy az energiaszegénység és az élelmiszer-biztonság hiánya prioritásként kezelhető legyen. - Az egészségügyi rendszerek középpontba állítása az éghajlati és környezetvédelmi stratégiákban, és annak biztosítása, hogy a helyi és méltányos éghajlatvédelmi fellépés az egészségügyi rendszerek egyik fő célkitűzése legyen. - Az őslakos közösségek támogatásának megerősítése a föld és a természeti erőforrások kezelésében, valamint a környezetromlás, a földelkobzás és az éghajlattal összefüggő migráció hatásainak felismerése és kezelése.
A digitális átalakulás irányítása az egészségi méltányosság és a közjó érdekében 	5.2	- A digitális szakadék kezelése. - A digitális és technológiai átalakulások és a mesterséges intelligencia egészségre és egészségi méltányosságra gyakorolt káros hatásainak megelőzése, többek között a munkaerőpiacok és a társadalmi kohézió tekintetében.

Ajánlás	Jelentés szakasza	Kulcsintézkedések
4. cselekvési terület: Változás elérése új irányítási megközelítéseken keresztül		
A helyi önkormányzatok felkészítése az egészségi méltánytalanságok kezelésére. 	6.1	- A helyi önkormányzatok szerepének megerősítése a közösségközpontú, az egészségi méltányosságot célzó intézkedések végrehajtásához szükséges funkciókkal és forrásokkal. - Annak biztosítása, hogy a városi, vidéki és területi tervezés, a közlekedés és a lakásberuházások olyan megközelítéseken alapuljanak, amelyek egészséges lakhatást és épített környezetet biztosítanak, és elfogadják az egyetemes tervezési elveket. - A helyi önkormányzatok felkészítése arra, hogy az egész életpályára vonatkozóan foglalkozzanak az egészségi méltányossággal, beleértve az idősbárát közösségek támogatását, valamint a társadalmi elszigeteltség és magány elleni küzdelmet.
A közösségi szerepvállalás és a civil társadalom támogatása. 	6.2	- A reprezentatív közösségi szerepvállalás és társadalmi részvétel beépítése a helyi politikai folyamatokba, valamint az egészségügyi és szociális szolgáltatásokkal kapcsolatos döntéshozatalba és szolgáltatásnyújtásba. - Olyan kedvező feltételek megteremtése, amelyek maximalizálják a független és inkluzív civil társadalom képességeit az egészségügyi egyenlőség társadalmi meghatározó tényezőinek kezelésére.
Az egyetemes egészségügyi ellátás elérése progresszív egészségügyi finanszírozás és az egészségügyi alapellátás révén. 	7.1	- Az egészségügyi rendszereken belül az elsődleges egészségügyi ellátásra való összpontosítás erősítésével javítani kell a minőségi egészségügyi szolgáltatásokhoz való méltányos hozzáférést, mind a fizikai, mind a mentális egészséget illetően az egész életpálya során. - Minimalizálni a betegek saját zsebből származó kiadásait, és az egészségügyi szolgáltatásokat az összevont kormányzati forrásokból finanszírozni. - Növelni az egészségügyi és ellátási ágazat finanszírozásának arányát a szükségletekkel arányosan, különös tekintettel a marginalizálódott népességcsoportokra, és elismerni és kezelni a diszkriminációt az egészségügyi rendszereken belül. - Az egészségügyi technológiákhoz való méltányos hozzáférés elősegítése a kutatástól és fejlesztéstől kezdve a gyártáson át a méltányos szállításig.
Méltányosságot biztosítani tudó egészségügyi munkaerő kialakítása és megtartása. 	7.2	- A gondozás munkaként elismerése és díjazása, beleértve az informális gondozást is, valamint az egészségügyi és gondozási ágazatnak az egészségegyenlőség és a társadalmi befogadás előmozdítójaként betöltött szerepének demonstrálása a tisztességes és biztonságos munkakörülmények biztosítása, valamint a bér- és képviselői különbségek kezelése révén. - Az emberi kapacitás fejlesztése az egészségügyben, a szociális védelemben, az oktatásban, a munkaügyi, a helyi önkormányzati és a szolgáltató szervezetekben az egészségegyenlőség társadalmi meghatározó tényezőinek kezelésére irányuló ágazatközi erőfeszítések fokozása érdekében.

Ajánlás	Jelentés szakasza	Kulcsintézkedések
A társadalmi meghatározó tényezőkre való fokozottabb összpontosítás az egészségügyi rendszerekben és szakpolitikai platformokban. 	8.1	- Az egészségi méltányosságot befolyásoló társadalmi tényezőkkel való foglalkozás beépítése valamennyi egészségügyi stratégiába, politikába, vészhelyzeti felkészültségi és reagálási tervbe, valamint a közegészségügyi törvényekbe. - Koordinációs és elszámoltathatósági mechanizmusok létrehozása az ágazatközi együttműködés és a közösségi szerepvállalás érdekében az egészségügyben (beleértve az "Egészség minden szakpolitikában" funkciókat) a kormányzat minden szintjén.
Az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőinek nyomon követése. 	8.2	- A statisztikai infrastruktúra megerősítése, a bontott adatok használatának intézményesítése és kapacitásépítés az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezői terén elért előrehaladás mérésére, beleértve a társadalmilag kialakult egészségkockázatok társadalmi csoportok és földrajzi területek közötti megoszlását; az egyenlőtlenségeket előidéző mechanizmusokat és az ezek kezelésére irányuló intézkedéseket. - Új technológiák és újszerű adatforrások felhasználása az adathiányok pótlására és az egészségi méltányosság társadalmi meghatározó tényezőivel kapcsolatos intézkedésekhez.

AJÁNLÁS

A WHO egészségi méltányosság előmozdítását célzó ajánlása széleskörű nemzetközi tapasztalatokra épül. Magyarországi alkalmazását a hazai egészség-egyenlőtlenségek legfrissebb adatai is indokoltá teszik: „... a férfiak körében állandósultak a várható élettartambeli jelentős jövedelmi egyenlőtlenségek, nők

körében pedig a korábbinak több mint a kétszeresére emelkedtek.” (Bíró & mtsai., 2025) Az egészségi méltánytalanságok sikeres csökkentése érdekében célszerű a magyar szakembereknek tanulmányozni, majd adaptálni hazai körülményekre az ajánlott, több célterületre megfogalmazott intézkedéseket, amelyek nemcsak a helyi problémákra, hanem a globális kihívásokra is reflektálnak.

HIVATKOZÁSOK

Bíró, A., Hajdu, T. & Kertesi, G. (2025) A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségei Magyarországon 1992–1993 és 2022–2023 között. In: Munkaerőpiaci Tükör 2023–2024 (szerk. Hermann, Z és Varga, J.) HUN-REN Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest, 2025

Vitrai, J. (2025) Szakdokumentum: A várható élettartam jövedelmi egyenlőtlenségeinek változása Magyarországon. <https://doi.org/10.58701/mej.19297>

World report on social determinants of health equity: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://doi.org/10.2471/B09387>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 06. 01.

Elfogadva: 2025. 06. 01.

Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Egészségügyi adók az EU szemszögéből – végleges jelentés. Vezetői összefoglaló

*Translation: Health taxes from an EU perspective – final report.
Executive Summary*

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19406](https://doi.org/10.58701/mej.19406)

Fordított dokumentum: European Commission: Directorate-General for Taxation and Customs Union, ECORYS, Erasmus University Rotterdam, WIFO, Vet, J. M. d., Paulović, T., Turturro, L., Ende, M. v. d., Loretz, S., Schratzenstaller-Altzinger, M., Batura, O., Wouterse, B., Orhan Pees, R., Larmi, I., & Dutta, S. (2025). *Health taxes from an EU perspective: final report, Executive Summary*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2778/9947154>

Kulcsszavak: cukros üdítőitalok; élelmiszerek; adó; EU

Keywords: *sweetened drinks; foods; tax; EU*

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

MIÉRT ADÓZTASSUK A MAGAS CUKOR-, ZSÍR- ÉS SÓTARTALMÚ ÉLELMISZEREKET?

Nem kevesebb, mint 100 millió európai polgár szenved nem fertőző betegségekben (*non-communicable diseases*; NCD-k), mint például szív- és érrendszeri betegségekben, cukorbetegségben és rákban.¹ Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy a magas zsír-, cukor- vagy sótartalmú (MZsCS; angolul: *high in fat, sugar, or salt*; HFSS) élelmiszerek fogyasztása összefüggésbe hozható az elhízással és az NCD-kkel. Az MZsCS élelmiszerek és italok tápértéke alacsony, és jelentős mértékben hozzájárulnak a túlzott cukor-, só- és energiafelvételhez, különösen a fiatalabb korosztályokban. Az elmúlt években egyre több tagállam vezetett be MZsCS adókat,

vagy reformálta meg a meglévőket azzal a kinyilvánított céllal, hogy csökkentse az MZsCS élelmiszerek és italok fogyasztását, és ezáltal mérsékelje a kapcsolódó egyéni és társadalmi költségeket.

A JELEN TANULMÁNY CÉLKITŰZÉSEI

Ez a tanulmány hozzájárul az MZsCS adók EU-tagállamokban történő bevezetésével kapcsolatos egyre bővülő bizonyítékokhoz, és kifejezetten arra összpontosít, hogy ezen adók bevezetésének mely szempontjai működnek jól. A tanulmány célja, hogy alapot biztosítson az EU-tagállamokkal folytatott kezdeti megbeszélésekhez az MZsCS adók általánosságban, és különösen a cukrozott üdítőitalokra (*sugar-sweetened beverage*; SSB) vonatkozó adók európai keretben történő elő-

¹ Az Egészségesebb együtt – az EU nem fertőző betegségekkel kapcsolatos kezdeményezése (GYIK, 6. oldal) szerint 63 millió ember él szív- és érrendszeri betegséggel, 32 milliót diagnosztizáltak cukorbetegséggel (további 24 millió nem diagnosztizált beteg van), és várhatóan 2,7 millió rákos beteget diagnosztizálnak.

mozdításával kapcsolatban. Ennek érdekében a tanulmány:

- Vizsgálja a meglévő MZsCS adók hatásait az EU-tagállamokban 2009 és 2021 között. Bár a tanulmány általánosságban foglalkozik az MZsCS élelmiszerek adóztatásával, különös hangsúlyt fektet a cukrozott üdítőitalokra. Ez tükrözi a jelenlegi globális adóztatási gyakorlatot és a cukrozott üdítőitalokról szóló meglévő irodalom koncentrációját;
- megvizsgálja egy EU harmonizált adózási rendszer létrehozásának lehetőségét és megvalósíthatóságát az MZsCS termékekre vonatkozóan;
- feltárja, hogy egy célzott cukrozott üdítőital-adó minimális, uniós szintű harmonizációja hozzáadott értéket jelentene-e.

Az EU-szinten korábban végzett számos tanulmánnyal ellentétben ez a tanulmány, ahol lehetséges, mennyiségi elemzéseken és szimulációkon alapul. Feltáró jellegű, és különböző módszertani megközelítéseket ötvöz. A tanulmány mélyreható esettanulmányokat tartalmaz Belgiumból, Dániából, Franciaországból és Lengyelországból.

AZ MZSCS ADÓKNAK POZITÍV EGÉSZSÉGÜGYI HATÁSAI LEHETNEK

Eddig 11 EU-tagállam és Katalónia vezetett be valamilyen formában MZsCS adót. Ezek közül kilenc ország és a spanyolországi Katalónia kizárólag a cukrozott üdítőitalokat adóztatja (Belgium, Horvátország, Finnország, Franciaország, Írország, Lettország, Hollandia, Lengyelország, Portugália és Katalónia). Egy ország adóztatja az MZsCS élelmiszertermékeket (Dánia: fagyalt; csokoládé és egyéb édességek), és egy ország adóztatja mind a cukrozott

üdítőitalokat, mind az MZsCS élelmiszertermékeket (Magyarország). Az MZsCS adók iránti érdeklődés növekszik az EU-ban, számos tagállam (pl. Olaszország) fontolgatja ilyen rendszer bevezetését. Ez a tanulmány országprofilokat tartalmaz, amelyek részletes információt nyújtanak az alkalmazott MZsCS adó kialakításáról, a bevezetés háttéréről és kereteiről, valamint hatásainak áttekintéséről.

Az MZsCS adók hatékonysága az egészségügyi és kisebb mértékben az adóbevételei célok elérésében a piaci keresleti és kínálati oldal befolyásolásának képességétől függ. Különösen fontosak a következő elemek.

Az MZsCS adók ösztönözhetik a gyártókat a termékek átalakítására a cukorkoncentráció csökkentése érdekében: a termékek átalakításának mértéke jelentősen eltér a márkától és az érintett tagállamtól függően. Emellett a progresszív/lépcsőzetes adórendszerek hatékonyabban ösztönözik a termékek átalakítását, mint az átalányadók. Egyes tagállamokra vonatkozó bizonyítékok azt sugallják, hogy az MZsCS adók bevezetése arra késztette a gyártókat, hogy csökkentsék termékeik cukortartalmát. Bár egyes tagállamokban megfigyelhető korreláció, nehezebb az ok-okozati összefüggés azonosítása, azaz az MZsCS adók hatásának elkülönítése a szélesebb trendektől, mint például az egészségügyi okokból vagy az ízlés változása miatt a kevésbé cukros italok felé történő kereslet eltolódása. Az önkéntes cukorcsökkentési programok hatása korlátozottnak tűnik.

Az adóemelések a fogyasztókra hárulnak: Az MZsCS adók árakra és fogyasztói magatartásra gyakorolt hatása a költségek áthárításától függ. Az elérhető bizonyítékok az MZsCS adók magas költségáthárítási arányaira mutatnak, amelyek 70% és 100% felettiiek között mozognak,

országoként eltérő mértékben. Ez azt jelenti, hogy jellemzően az adóknak csak kis részét nyelik el a gyártók, míg ezeknek az adóknak nagy része a fogyasztókra hárul, ami az adózott termékek árainak emelkedéséhez vezet. Néha van időbeli eltolódás a költségek fogyasztókra való áthárításában. A költségek áthárításának mértéke a konkrét piaci feltételektől függ. Például alacsonyabb áthárításra lehet számítani, ha magasabb a határon átnyúló vásárlás kockázata, vagy a gyártók/kiskereskedők marketingdöntéseinek következményeként.

Az MZsCS termékek iránti kereslet viszonylag rugalmas², bár a vizsgált tagállamok között van némi eltérés. Összességében a kereslet becsült árrugalmassága a vizsgált tagállamokban -1 és -1,8 között mozog. A jelen tanulmányban végzett elemzések némileg alacsonyabb árrugalmasságot találtak egyes tagállamokban a meglévő nemzetközi szakirodalomhoz képest. Ez annak köszönhető, hogy ez a tanulmány a magas jövedelmű országokra összpontosít, ahol az áremelkedésekre való érzékenység általában némileg alacsonyabb, míg a viszonylag magasabb értékek jellemzően az alacsony jövedelmű országokban figyelhetők meg.

A kiskereskedelmi árak jelentős emelkedése mérhető fogyasztási változásokhoz vezethet. Az MZsCS adók fogyasztás-csökkentő hatékonyságára vonatkozóan eltérő bizonyítékok állnak rendelkezésre. Az MZsCS adók fogyasztói magatartásra gyakorolt hatásának mérése korántsem egyszerű, mivel sok változó játszik szerepet. Azonban a negatív sajátárrugalmasságok azt jelentik, hogy mindaddig, amíg az adók áthárulnak a fogyasztókra, ahogy az átlagosan minden vizsgált országban

történik, a magasabb adókulcs arányosan csökkenti a fogyasztást.

A jelen tanulmányban végzett elemzés megerősíti, hogy nehéz azonosítani jelentős változásokat a fogyasztói magatartásban azokban a tagállamokban, amelyek nagyon alacsony adókulcsot alkalmaznak, ami az adózott termékek kiskereskedelmi árainak korlátozott növekedését eredményezi. A vizsgált tagállamokban a cukrozott üdítőitalokkal adózott italok fogyasztása csökkent a többi, nem adózott italhoz képest, ha az adó elég magas ahhoz, hogy mérhető magatartásbeli változást váltson ki. Különösen kis adóemelések esetén az ilyen hatások nem feltétlenül jelentkeznek rövid távon, hanem gyakran hosszabb időt igényelnek.

Némi eltolódás az MZsCS-sel adózott termékekről az egészségesebb termékek felé megfigyelhető, bár különböző mértékben. Egyes vizsgált országokból származó bizonyítékok megerősítik, hogy a fogyasztók hajlamosak a termékhelyettesítésre az MZsCS adók bevezetése után, az (adózatlan) alacsony cukortartalmú italok és ásványvizek fogyasztása valószínűleg növekedni fog. Ezek a változások időt vehetnek igénybe, és számos változótól függnének. Ennek ellenére nem találtunk bizonyítékot arra, hogy ezek a trendek idővel megfordulnának. Így az adó által kiváltott fogyasztói magatartásbeli változások, miután elindultak, tartósak és strukturális jellegűek.

Az MZsCS adók egészségügyi előnyökkel járnak. A fent leírt eredményekkel ellentétben az MZsCS adózás népszerűség egészére gyakorolt hosszabb távú hatásaira vonatkozó bizonyítékok nem annyira meggyőzők, és főként szimulációs tanulmá-

² Fordító: Az árrugalmasság az ár és a megvásárolt termékmennyiség kapcsolatát fejezi ki. Az ár csökkenése általában növeli a termék keresletét (fogyasztását), az árnövekedése pedig csökkenti. Értéke 1, ha az ár 1%-os növelése 1%-kal változtatja a keresletet. Negatív, ha csökkenti a keresletet, pozitív, ha növeli.

nyokból származnak. Ezekből a modellező tanulmányokból származó bizonyítékok azt mutatják, hogy az MZsCS adók általában és különösen a cukrozott üdítőital-adók javíthatják a népesség egészségét. Fontos következtetés, amely levonható a szimulációs tanulmányokból, hogy az MZsCS adók jelentősen csökkenthetik az egészségügyi kiadásokat is. A meglévő empirikus bizonyítékok, amelyeket a jelen tanulmányban végzett konzultációs tevékenységek is megerősítenek, azt sugallják, hogy az MZsCS adók bizonyos pozitív egészségügyi hatásai megfigyelhetők. Az adó szintje és a fogyasztói árakra való áthárítása fontos tényezők a magatartásbeli változások és az ebből következő egészségügyi előnyök kiváltásában.

Az MZsCS adók előnyei és költségei is általában magasabbak az alacsony jövedelmű csoportok számára. Háztartásonként az MZsCS adó emelkedése további kiadásokat okozott 21-29 euró/háztartás/év Dániában (2011), 24-35 euró Lengyelországban (2021), 9-11 euró Belgiumban (2016), és 0,3-0,6 euró Franciaországban (2019, amikor a meglévő cukrozott üdítőital-adó kulcsot megreformálták, miközben a medián adókulcsot változatlanul hagyták). Azt tapasztaljuk, hogy a legtöbb tagállamban a háztartások körülbelül 80%-a fogyaszt üdítőitalokat, bár nincs egyértelmű minta az üdítőitalokat vásárló háztartások százalékos arányában jövedelmi csoportonként. Mindazonáltal a legtöbb tagállamban az üdítőitalokra költött háztartási jövedelem hányada csökken a jövedelem növekedésével, az alacsonyabb jövedelmű háztartások a jövedelmük nagyobb részét költik italokra, és különösen a cukrozott üdítőital-adó hatálya alá tartozó termékekre. Ugyanakkor az MZsCS adók által kiváltott fogyasztási szokások változásai is nagyobb egészségügyi előnyöket biztosítanak az alacsony jövedelmű csoportok számára – különösen a nagyfogyasztók számára.

A határon átnyúló vásárlás és az MZsCS.

Az MZsCS adózás és a határon átnyúló vásárlás közötti lehetséges összefüggéseket vizsgáló tanulmányok ritkák. Korlátozott számú bizonyítékot látunk a határon átnyúló vásárlásra, amely nagyrészt néhány ország közötti jelenséghez kapcsolódik. Mindazonáltal az egyes tagállamok szintjén a határon átnyúló vásárlás bizonyos helyeken észrevehető, különösen kisebb joghatóságokban (pl. Belgium, Dánia és Portugália), ahol a fogyasztók nagyobb része fér hozzá versenykésebb ajánlatokhoz a határon túl. Azonban nehéz elkülöníteni az MZsCS adók szerepét a tagállamok közötti globális árazási különbségeken belül, mivel sok tulajdonítható az árak, az általános forgalmiadó és más tényezők általános különbségeinek. Például Belgiumban az árak összehasonlításából egyértelmű, hogy az adókulcsok legjobb esetben is csak kis részét magyarázzák a szomszédos joghatóságokkal szembeni teljes árkülönbségeknek.

Adóbevétel-generálás és MZsCS adók.

Bár az egészségügyi szakpolitikai célok elérését célozzák, az MZsCS adók adóbevételt is generálnak. Az EU-szerte az adóbevétel-generálás egyértelmű tendenciáinak azonosítása összetett feladatnak bizonyul, mivel az MZsCS adók hatékonysága és ennek megfelelően bevételi potenciáljuk az országspecifikus tényezők komplex keverékétől függ. A bruttó hazai termékhez (GDP) viszonyítva a meglévő MZsCS adókból származó bevételek az EU-ban szerények, jelentős különbségekkel a tagállamok között, Írországban a GDP 0,007%-ától Magyarországon a GDP 0,12%-áig terjed. Az adóbevételek jövedéki adózásból történő beszedésének képessége a keresleti és kínálati válaszoktól függ: minél inkább csökkenti egy MZsCS adó az adózott áruk fogyasztását, vagy vált ki termékreformulációt, annál kevésbé tud hozzájárulni a bevétel-generáláshoz és fordítva. Az MZsCS adóbevételek fel-

használatát illetően a gyakorlatok eltérnek a tagállamok között, csak néhány tagállam (Magyarország, Lengyelország és Portugália) különít el MZsCS adóbevételeket specifikus egészségügyi programokra.

AZ MZSCS ADÓK KIALAKÍTÁSÁNAK KULCSFONTOSÁGÚ ELEMEI

A tagállamokból gyűjtött tapasztalatok azt mutatják, hogy az MZsCS adók potenciálisan hatékony politikai eszközként tekinthetők azon tagállamok számára, amelyek egészségügyi szakpolitikai célokat kívánnak követni. Azonban ahhoz, hogy valóban hatékonyak legyenek, az ilyen adókat gondosan meg kell tervezni. Röviden, az ilyen adók bevezetésekor vagy módosításakor a következő kulcsfontosságú tervezési jellemzőket kell figyelembe venni:

- a) Az MZsCS adókat **központi kormányzati szinten** kell bevezetni, ezáltal erősítve az adó működését a szivárgás és a töredezettség csökkentésével az egyes tagállamokon belül;
- b) Az **adókulcsok nem lehetnek nagyon alacsonyok**, mert a fogyasztói magatartásban bekövetkező változás és a kapcsolódó egészségügyi előnyök túl kicsik lehetnek ahhoz, hogy azonosíthatók legyenek. Alacsony adózási szintek esetén a vállalkozások és az adóhatóságok további megfelelési költségeit nehéz igazolni.
- c) Az MZsCS adóknak **tápanyag-alapúnak és nem termék-alapúnak** kell lenniük; ez lehetővé teszi és ösztönzi a gyártókat termékeik újragondolására, módosítására és reformulálására – ami segíthet a kívánt egészségügyi eredmények elérésében.
- d) **Átmeneti időszakok**: az MZsCS adó bevezetésének vagy módosításának bejelentése után egy időbeli eltolódás lehetővé teszi a vállalkozások számára, hogy a termékreformuláció révén reagáljanak, mielőtt az adót ténylegesen bevezetnék.
- e) Az adózási rendszernek **lépcsőzetesnek vagy progresszívnek** kell lennie a célzott tápanyagtartalom szerint, egy küszöbértékkel, amely alatt a termékek adómentesek. Ez ismét lehetővé teszi a gyártók számára a termékek reformulálását és ösztönzi a fogyasztókat az egészségesebb termékek választására. Ideális esetben egy ilyen progresszív rendszer kapcsolódik a tápértékjelöléshez, növelve a fogyasztók tudatosságát.
- f) Az MZsCS adókat **speciális fogyasztási adók** formájában kell bevezetni (nem *ad valorem*, azaz érték szerinti adóként).
- g) Az MZsCS adóknak elsősorban a **cukrozott üdítőitalokra** kell összpontosítaniuk, mivel ezek könnyebben bevezethetők, mint más MZsCS adók, és kevésbé sebezhetők a definíciós problémákkal és a potenciális jogi kihívásokkal szemben. Az MZsCS adókat úgy kell megtervezni, hogy összhangban legyenek a meghatározott egészségügyi cél(ok)kal, és elkerüljék a hasonló termékek közötti diszkriminációt az ilyen célok szempontjából.
- h) A cukrozott üdítőitalok adóztatásának hatálya terjedjen ki a **szabad- és hozzáadott cukrot** tartalmazó italokra, míg az adókulcsot a teljes cukortartalom alapján kell meghatározni. Mivel nem minden tagállam adóztatja a mesterséges édesítőszereket, valamint a tej alapú termékekben és gyümölcslevekben található szabad cukrokat, az ilyen termékek adóztatásának indoka gyengébbnek tekinthető.
- i) Fontolóra kell venni a **kis független termelők mentességét** egy bizonyos küszöbig, mivel a megfelelési költségek és az adóterhek valószínűleg

aránytalanok lennének a legkisebb termelők számára. Ugyanakkor a legkisebb termelőktől származó termékek mentességei csak minimális hatást gyakorolnak az általános egészségügyi eredményre és bevételekre. Célszerű, ha az EU-ban összehangolják az ilyen kisvállalkozási mentesség felső határát.

A következő lépések javíthatják az MZsCS adók általánosságban és különösen a cukrozott üdítőital-adók elfogadhatóságát, megvalósíthatóságát, hatékonyságát és eredményességét:

- j) **Az MZsCS adórendszereket az adó- és egészségügyi minisztériumoknak közösen kell kidolgozniuk**, és egészségügyi eszközként kell kommunikálniuk; az MZsCS adóknak bizonyítékokon kell alapulniuk, és rendszeresen értékelni kell őket mérhető (köztes) célokkal összevetve.
- k) Az MZsCS adóknak **szélesebb körű intézkedések részét** kell képezniük, ideértve az ilyen termékek marketing-jének, reklámozásának és promóciójának korlátozására irányuló erőfeszítéseket, valamint a fogyasztói tudatosság növelését az ételcímkezés és az oktatás révén.

Az MZsCS-termékekre kivetett fogyasztási adókat előnyben kell részesíteni az egészséges élelmiszerek általános forgalmiadójának csökkentésére irányuló kezdeményezésekkel szemben. Bár az ilyen általános forgalmiadó-intézkedések segíthetnek ösztönözni a fogyasztói magatartás pozitív változásait, azok csökkentése kevésbé célzottak és hatékonyak, mint az MZsCS adók. Például a csökkentett általános forgalmiadó-kulcsok hibás megállapítása a gyártók és a kiskereskedők javát szolgálja – a központi költségvetés rovására. Ugyanakkor a cukrozott üdítőitalok kizárása az élelmiszerekre alkalma-

zott csökkentett általános forgalmiadó-kulcsokból egyes tagállamokban összhangban lenne az MZsCS adózással.

MILYEN ELŐNYEI LENNÉNEK EGY UNIÓS SZINTŰ MEGKÖZELÍTÉS-NEK?

Egy EU-szintű megközelítés valószínűleg hozzájárulna az EU egészségügyi szakpolitikai céljaihoz. A tagállamokban meglévő és növekvő számú **cukrozott üdítőital-adók** alapján ezek logikus kiindulópontot jelentenek.

A nemzeti adórendszerek jobb összehangolása, pl. koordinációval, vagy az **adók minimális harmonizációja** számos előnnyel járna. Először is, egy uniós keretrendszer előnyös lenne azon tagállamok számára, amelyek jelenleg fontolgatják ilyen adó bevezetését, vagy a jövőben megteszik. Az EU-szintű minimális adóharmonizáció képes csökkenteni vagy megakadályozni a piaci töredezettséget, amely az eltérő nemzeti cukrozott üdítőital-adórendszerek növekvő számából ered. A hasonló termékek közötti verseny feltételeinek összehangolása így **egyenlő versenyfeltételeket** teremtené. Javíthatja a népegészségügyi eredményeket azáltal, hogy **jelzést küld** a fogyasztóknak a cukrozott üdítőitalok túlzott fogyasztásával járó egészségügyi kockázatokról, és ösztönzi a tagállamokat (merészebb) adózási intézkedések megtételére a gyártók **termékreformulációjának ösztönzése** érdekében.

Bár a cukrozott üdítőital-adók minimális harmonizációja uniós szinten elsősorban az egészségügyi szakpolitikai célokat támogatná, hatásai számos más szakpolitikai területen is érezhetők lennének. Elemzésünk megerősíti, hogy **nem lenne kettőzés vagy átfedés a meglévő intézkedésekkel**, mivel nincsenek ezekkel

egyenértékűek. A cukrozott üdítőital-adók minimális harmonizációja **kiegészítené és támogatná** azokat a média-, sport- és oktatási intézkedéseket is, amelyek már foglalkoznak a nem fertőző betegségek, és különösen a cukrozott üdítőitalok túlzott fogyasztásával összefüggő betegségek problémájával.

Az EU-szintű minimális cukrozott üdítőital-adó három lehetséges forgatókönyvének szimulációja rávilágít az ilyen adók legfontosabb mechanizmusaira. Hatásaik a legmélyebbek lennének azokban az országokban, ahol alacsony a cukrozott üdítőitalok alapára. Az adatok alapján az EU-szintű harmonizált minimális cukrozott üdítőital-adók viszonylag erős áremelkedést jelentenének a rendszeres cukrozott szénsavas italok esetében Szlovákiában, Romániában és Görögországban. Bár ez nagymértékben befolyásolja a fogyasztás

változását, az átlagos napi cukorbevitel feltételezett csökkenése a kezdeti fogyasztási szokásoktól is függ. A leg-erősebb cukorbevitel-csökkenést Szlovákiában és Csehországban tapasztalták, de jelentős cukorbevitel-csökkenés figyelhető meg olyan tagállamokban is, mint Bulgária, Németország, Málta és Szlovénia. **Ez olyan pozitív egészségügyi hatásokkal jár, mint például a testtömeg-index (TTI) csökkenése** és a kapcsolódó betegségek, például az iszkémiás szívbetegségek és a cukorbetegség előfordulásának csökkenése. Az EU-országok átlagában a felnőtt lakosság átlagos TTI-ének csökkenés 0,01 és 0,05 között mozog. A cukorbetegség előfordulása várhatóan 0,1-0,7 százalékkal csökken. A háztartási jellemzőket illetően szimulációnk a legtöbb tagállamban kedvezőbb egészségügyi hatásokat mutat az alacsonyabb jövedelmű háztartások esetében.

HIVATKOZÁSOK

European Commission: Directorate-General for Taxation and Customs Union, ECORYS, Erasmus University Rotterdam, WIFO, Vet, J. M. d., Paulović, T., Turturro, L., Ende, M. v. d., Loretz, S., Schratzenstaller-Altlinger, M., Batura, O., Wouterse, B., Orhan Pees, R., Larmi, I., & Dutta, S. (2025). *Health taxes from an EU perspective: final report, Executive Summary*. Publications Office of the European Union.
<https://data.europa.eu/doi/10.2778/9947154>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 06. 21.
Elfogadva: 2025. 06. 21.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Boldogság világjelentés 2025. Vezetői összefoglaló

Translation: World Happiness Report 2025. Executive Summary

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19341](https://doi.org/10.58701/mej.19341)

Fordított cikk: Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (2025). *World Happiness Report 2025 Executive Summary*. University of Oxford: Wellbeing Research Centre.
<https://worldhappiness.report/ed/2025/>

Kulcsszavak: boldogság; jólét; kapcsolatok; gondoskodás; megosztás

Keywords: happiness; wellbeing; connections; care; sharing

1. FEJEZET

Vezetői összefoglaló

Az idei számunkban a gondoskodás és a megosztás hatását vizsgáljuk az emberek boldogságára. Mint Shakespeare Velencei kalmárjában az "irgalom", a gondoskodás is "kétszeresen áldott" – megáldja azt, aki adja, és azt is, aki kapja. Ebben a jelentésben mindkét hatást vizsgáljuk: a gondoskodó magatartás kedvezményezettjeinek és a másokról gondoskodóknak nyújtott előnyöket.

Számos bizonyíték áll rendelkezésre a gondoskodó magatartás mértékéről világszerte. A Gallup Világfelmérésében megkérdezték az embereket, hogy az elmúlt hónapban adtak-e pénzt jótékony célra, önkénteskedtek-e, és segítettek-e egy idegennek. Azt is megkérdezték tőlük 2019-ben, hogy szerintük mások segítenének-e nekik azzal, hogy visszaadják elvesztett pénztárcájukat. Az adatokból kiugrik néhány kulcsfontosságú megállapítás.

Először is, az emberek túlságosan pesszimisták mások jóindulatát illetően. Amikor például a kutatók az utcán dobta le a pénztárcákat, a tárcák visszaadásának aránya jóval magasabb volt, mint amire az emberek számítottak. Ez rendkívül biztató.

Másodszor, a jólétünk a mások jóindulatáról alkotott elképzeléseinktől függ, csakúgy, mint a tényleges jóindulatuktól. Mivel alábecsüljük mások kedvességét, jólétünk javulhat, ha információt kapunk valódi jóindulatukról (lásd az 5. fejezetet).

Harmadszor, ha a társadalom jóindulatúbb, akkor azok az emberek járnak a legjobban, akik a legkevésbé boldogok. Ennek eredményeképpen a boldogság egyenletesebben oszlik el azokban az országokban, ahol magasabb az elvárt jóindulat (lásd a 2. fejezetet).

Végül pedig a jóindulat a COVID-19 során a világ minden régiójában nőtt. Az embereknek több segítségre volt szükségük, és mások erre reagáltak. Ez a "jóindulat-dudor" azóta is fennáll. A 2023 és 2024 közötti visszaesés ellenére a jótékony

cselekedetek még mindig 10%-kal meghaladják a járvány előtti szintet (lásd a 2. fejezetet).

A jóindulat a gondoskodó és megosztó személyek számára is előnyökkel jár. Ez akkor működik a legjobban, ha a motiváció a másokon való segítség (ahelyett, hogy jól érezd magad), ha a cselekedet önkéntes, és ha nyilvánvalóan pozitív hatással van a kedvezményezettre. Mindezt a 2. fejezet mutatja be, ahol a boldogság szokásos országos rangsorát kiegészítjük a jótekingony cselekedetek és a várható pénztárca-visszaadás rangsorával.

Sokféle módon gondoskodunk és osztunk egymással. Talán a legáltalánosabb példa az étkezés megosztása. Amint a 3. fejezetből kiderül, az egyedül étkezés nem tesz jót a jólétnek. Azok az emberek, akik gyakran esznek együtt másokkal, sokkal boldogabbak, és ez a hatás még a háztartás méretét figyelembe véve is érvényesül. Az Egyesült Államokban a jólét csökkenésének egyik oka, hogy egyre többen esznek egyedül.

A törődés és a megosztás másik fontos formája a család. A latin-amerikai társadalmak, amelyeket a nagyobb háztartások és az erős családi kötelékek jellemeznek, értékes tanulságokkal szolgálnak más társadalmak számára, amelyek magasabb és fenntartható jólétre törekcsenek. A 4. fejezetben láthatjuk, hogy a boldogság a háztartás méretével négy főig nő, de e fölött a boldogság csökken. Az egyedül élő emberek sokkal kevésbé boldogok, mint azok, akik másokkal élnek együtt.

A növekvő magányosság tendenciája a fiatalok körében a legszembetűnőbb. 2023-ban világszerte a fiatal felnőttek 19%-a számolt be arról, hogy nincs senki, akire számíthatna szociális támogatásban, ami 2006-hoz képest 39%-os növekedést

jelent. Azonban, mint mondtuk, gyakran alábecsülik a többi ember jóindulatát. Egy hatásos beavatkozás után a Stanford Egyetem diákjai sokkal boldogabbak lettek, amikor bizonyítékot kaptak társaik kedvességéről (lásd az 5. fejezetet).

A boldogság ellentéte a kétségbeesés, amely öngyilkosság vagy kábítószerrel való visszaélés általi halálhoz vezethet – más néven "a kétségbeesés okozta halál" (*death of despair*). Szerencsére az ilyen jellegű halálesetek száma az országok többségében csökken, bár az Egyesült Államokban és a Koreai Köztársaságban nem. Amint a 6. fejezet mutatja, a kétségbeesés okozta halálesetek száma jelentősen alacsonyabb azokban az országokban, ahol több ember számol be adománnyozásról, önkéntes munkáról vagy idegenek segítségéről.

A jóindulat mértéke egy országban mélyreható hatással van az ország politikájára is (lásd a 7. fejezetet). A populizmus nagyrészt a boldogtalanságnak köszönhető. De hogy a populisták a bal- vagy a jobboldalon vannak-e, az a bizalomtól függ. Azok az emberek, akik bíznak másokban, balra, azok, akik nem bíznak, jobbra fordulnak.

Sok ember számára komoly kérdés, hogyan fejezzék ki jóindulatukat. Hová adományozza a pénzét? A logikus válasz az, hogy minél több extra boldogságot (vagy csökkentett boldogtalanságot) generáljunk. Ez azt jelenti, hogy olyan jótekingonysági szervezeteket kell kiválasztani, amelyek dolláronként a legtöbb boldogságot eredményezik. A 8. fejezet elmagyarázza ezt a módszert és számos beavatkozás példáján szemlélteti. Még az alacsony jövedelmű országokban is a mentális egészségügyi kezelések tűnnek különösen hatékony pénzfelhasználási módnak.

2. FEJEZET

Gondoskodás és megosztás: a boldogság és a kedvesség globális elemzése

- Az emberek túl pesszimisták a közösségeik jószágát illetően. Az elvesztett pénztárcák visszaadási aránya sokkal nagyobb, mint amire az emberek számítanak.
- 2024-ben a jóindulatú cselekedetek továbbra is 10%-kal gyakoribbak lesznek, mint 2017-19-ben, minden generációban és szinte minden globális régióban, annak ellenére, hogy a jelek szerint visszatérnek a COVID előtti szintekhez.
- A jóindulatú cselekedetek és az elvárt kedvesség egyaránt befolyásolja az egyéni boldogságszintet.
- A boldogság országon belüli egyenlőtlensége az elmúlt 15 évben nőtt, míg a boldogság nemzetközi egyenlőtlensége nagyjából állandó maradt.
- A várt és a tényleges kedvesség egyaránt csökkenti a jólét egyenlőségét.
- A jótékony cselekedetek jóléti előnyei attól függenek, hogy az emberek miért és hogyan vesznek részt bennük. Mind a segítők, mind a befogadók nagyobb boldogságot tapasztalnak a gondoskodás és a megosztás során, ha ezt gondoskodó kapcsolatok, választási lehetőség és egyértelmű pozitív hatás összefüggésében teszik.
- Az országok, amik szabadon felhasználható külföldi segílyt adnak, általában boldogabbak. De azok az országok, ahová sok menekült érkezik, kevésbé boldogok. Ennek az az oka, hogy a menekültek tömeges érkezése gyakrabban a kényszer (a helyzetből adódó menekülés) miatt történik, mintsem meghívásra.

3. FEJEZET

Étkezések megosztása másokkal: hogyan támogatja az étkezések megosztása a boldogságot és a társadalmi kapcsolatokat

- Ez a fejezet a Gallup új bizonyítékait mutatja be a társadalmi kapcsolat egy kevésbé vizsgált mérőszámáról, az étkezések megosztásáról. Tekintettel a mérés viszonylag objektív módjára, az étkezések megosztása egyedülálló módon összehasonlítható országok és kultúrák között, egyének között és időben, ellentétben sok más társadalmi mutatóval.
- Az étkezések megosztásának aránya között nagy különbségek vannak a világ különböző részein. Míg egyes országok lakói szinte minden étkezést megosztanak más emberekkel, addig más országok lakói szinte minden étkezést egyedül fogyasztanak. Ezek a különbségek nem magyarázhatók teljes mértékben a jövedelem, az oktatás vagy a foglalkoztatás terén mutatkozó különbségekkel.
- Az étkezések megosztása nagymértékben befolyásolja a szubjektív jólétet – a jövedelem és a munkanélküliség hatásával egyenrangúan. Azok, akik több étkezést osztanak meg másokkal, szignifikánsan magasabb szintű életelégedettségről és pozitív hatásokról, valamint alacsonyabb szintű negatív hatásokról számolnak be. Ez korosztályokra, nemekre, országokra, kultúrákra és régiókra egyaránt igaz.
- Az Egyesült Államokban az amerikai időfelhasználási felmérés adatai alapján a szerzők egyértelmű bizonyítékot találtak arra, hogy az amerikaiak egyre több időt töltenek egyedül étkezéssel. 2023-ban nagyjából minden negyedik amerikai arról számolt be, hogy az előző napon az összes étkezését egyedül fogyasztotta – ez 2003 óta

53%-os növekedést jelent. Az egyedül étkezés minden korcsoportban egyre gyakoribbá vált, de különösen a fiatalok körében.

- Úgy tűnik, hogy az étkezések megosztása is szorosan összefügg a társas kapcsolatok néhány, de nem minden mérőszámával. Leginkább azokban az országokban, ahol az emberek viszonylag több étkezést osztanak meg egymással, magasabb a társadalmi támogatottság, a pozitív kölcsönösség, és alacsonyabb a magányosság szintje.
- Mindazonáltal továbbra is hatalmas hiányosságok vannak ismereteinkben az étkezések megosztásának, a szubjektív jóllétnek és a társadalmi kapcsolatoknak az oksági összefüggéseivel kapcsolatban. A szerzők számos ígéretes útra mutatnak rá a jövőbeli kutatások számára.

4. FEJEZET

Együttélés másokkal: hogyan függ össze a háztartás mérete és a családi kötelék a boldogsággal

- A világ legtöbb embere számára a család az öröm és a támogatás forrása. Ez a fejezet azt vizsgálja, hogy a háztartások mérete és összetétele hogyan befolyásolja az emberek boldogságát.
- Mexikóban és Európában a négy-öt fős háztartások mérete jelzi előre a legmagasabb boldogságszintet. A legalább egy gyermekkel élő párok, illetve a gyermekekkel és a távolabbi családtagokkal együtt élő párok különösen magas átlagos életelégedettséggel rendelkeznek.
- Az egyedül élő emberek és nagyon nagy háztartásokban élők gyakran alacsonyabb boldogságot tapasztalhatnak, ami valószínűleg a csökkent gazdasági elégedettséggel függ össze.

- A latin-amerikai társadalmak, amelyeket a nagyobb háztartásméret és az erős családi kötelékek jellemeznek, értékes tanulságokkal szolgálnak azon társadalmak számára, amelyek a kapcsolati elégedettség gazdagítására törekkenek, és javítanák az általános boldogságmutatókat és kutatási megközelítéseiket.
- A családi boldogság mozgatórugóinak megértéséhez olyan felmérésekre van szükség, amelyek mérik annak dinamikáját, kölcsönhatásait, folyamatait és eredményeit. A nemzeti statisztikai hivataloknak prioritásként kell kezelniük az olyan mérőszámok kidolgozását, amelyek a személyközi kapcsolatokat és azok mennyiségét és minőségét értékelik.
- A közpolitikáknak figyelembe kell venniük, hogy a gazdasági döntéseknek milyen másodlagos hatásai lehetnek a kapcsolatokra, és ezáltal hogyan befolyásolják a családok jóllétét.

5. FEJEZET

Kapcsolódás másokkal: hogyan javítják a társadalmi kapcsolatok a fiatal felnőttek boldogságát?

- A társas kapcsolatok létfontosságúak a fiatal felnőttek jólléte szempontjából, mivel pufferként szolgálnak a stressz mérgező hatásaival szemben.
- A fiatal felnőttek körében azonban meglehetősen gyakori a társadalmi elszakadás. 2023-ban világszerte a fiatal felnőttek 19%-a számolt be arról, hogy nincs senki, akire számíthatna szociális támogatásban, ami 2006-hoz képest 39%-os növekedést jelent.
- A fiatal felnőttkorban kialakuló korai társadalmi kapcsolatoknak hosszú távú hatásai vannak. Az egyetemi hallgatók esetében az egyetem első néhány hetében kialakuló barátságok növelik a boldogulást, és csökkentik a

depressziós tünetek kialakulásának valószínűségét a következő években.

- Sok fiatal felnőtt alábecsüli társai empátiáját, ami ahhoz vezet, hogy kerülnek a másokkal való kapcsolat-teremtést, és elszalasztják az értelmes kapcsolatok lehetőségeit.
- Szerencsére léteznek olyan beavatkozások, amelyek áthidalhatják ezt az "empátiaérzékelési szakadékot" azáltal, hogy tájékoztatják a fiatal felnőtteket társaik empátiájáról. Azok az egyetemi hallgatók, akiket ezeknek a beavatkozásoknak tettek ki, azt látták, hogy másokat empatikusabbnak, és nagyobb valószínűséggel alakítottak ki új kapcsolatokat és építettek ki nagyobb szociális hálózatokat.

6. FEJEZET

Mások támogatása: hogyan csökkenti a segítő viselkedés a kétségbeesés okozta halálesetek számát?

- A segítő viselkedés (adományozás, önkéntes munka és idegenek segítése) növekedése világszerte összefügg a kétségbeesés okozta halálesetek számának csökkenésével. A regressziós eredmények azt mutatják, hogy a segítő magatartást tanúsító emberek arányának tíz százalékpontos növekedése 100 000 főre vetítve évente körülbelül 1 halálestet előz meg.
- A kétségbeesés okozta halálozás 2000 óta 59 ország 75%-ában csökkent. A legnagyobb csökkenés Északkelet-Európában következett be, nagyon magas kezdeti szintek, de a kétségbeesés okozta halálozás még mindig magas és egyre növekszik néhány országban, köztük az Egyesült Államokban és a Koreai Köztársaságban. 2019-ben Szlovéniában volt a legmagasabb a szint, 100 000 főre vetítve több mint 50 halálozással.

- A kétségbeesés okozta halálozás közel négyszer magasabb a férfiak körében, mint a nőknél, és több mint kétszerese a 60 év felettiek körében a 15-29 évesekhez képest. Háromnegyedük öngyilkosság miatt következik be, ezt követi az alkohol- és kábítószerrel való visszaélés miatti halálozás.
- Korábbi kutatások szerint a segítő viselkedés hozzájárul az egyéni jóléthez. Ez a fejezet továbbá bemutatja, hogy a segítő viselkedés növekedése megbízhatóan összefügg a kétségbeesés okozta halálesetek csökkenésével. A társadalmak számára előnyös lehet a segítő viselkedést támogató feltételekbe való befektetés.

7. FEJEZET

Bízni másokban: hogyan magyarázza a boldogtalanság és a társadalmi bizalmatlanság a populizmust?

- Az olyan szubjektív tapasztalatok, mint az élettel való elégedettség és a bizalom sokkal nagyobb szerepet játszanak az értékek és a választói magatartás alakításában, mint a hagyományos ideológiák vagy az osztályharc.
- Európában és az Egyesült Államokban a boldogság és a társadalmi bizalom csökkenése magyarázza a politikai polarizációt és a "rendszer" elleni szavazatok növekedésének nagy részét.
- Az életelégedettség csökkenése magyarázza a rendszerellenes szavazatok általános emelkedését, de a másokba vetett bizalom is szerepet játszik. A politikai spektrum szélsőségeihez vonzódó boldogtalan emberek között az alacsony bizalommal rendelkező emberek gyakrabban találhatók a szélsőjobb oldalon, míg a

magas bizalommal rendelkező emberek hajlamosabbak a szélsőbaloldalra szavazni.

8. FEJEZET

Adakozás másoknak: így változtathatod pénzedet nagyobb boldogsággá mások számára

- A szerzők megbecsülik, hogy a jótékonyági kiadások egyes formái mennyi boldogságot okoznak egy dollárra vetítve. A boldogságot jólléti években (wellbeing years; WELLBY) mérik.
- Megállapítják, hogy a jótékonyági szervezetek jólléti költséghatékony-sága drámaian eltérő. A mintájukban szereplő legjobb jótékonyági szerve-

zetek több százszor jobban növelik a boldogságot, mint mások. Ez azt jelenti, hogy az adományozók a legköltséghatékonyabb jótékonyági szervezetek finanszírozásával különösebb költség-növelés nélkül megsokszorozhatják hatásukat.

- A bizonyítékok egyik fő hiányossága, hogy a nagy, jól ismert jótékonyági szervezetek mellőzik a jóllét értékelését. A szerzők megvitatják a nagyméretű jótékonyági szervezetek értékelésének kihívásait, és kifejtik, hogy miért vannak kérdéseik ezen szervezetek hatásával kapcsolatban.
- Végezetül a szerzők meghatározzák, hogy miként lehet a jólléti költség-hatékony-sági elemzés új tudomány-ágát fejleszteni.

HIVATKOZÁSOK

Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (2025). *World Happiness Report 2025 Executive Summary*. University of Oxford: Wellbeing Research Centre. <https://worldhappiness.report/ed/2025/>

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, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 06. 15.
Elfogadva: 2025. 06. 15.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

SZAKMAI HÍREK

„Biciklivel Kortalanul Magyarország” – Egy dán társadalmi innováció magyarországi bevezetése

“Cycling without Age in Hungary” – Introduction of a Danish social innovation in Hungary

Szerző: [Gui Angéla](#)

Doi: [10.58701/mej.19733](https://doi.org/10.58701/mej.19733)

Kulcsszavak: fizikai aktivitás; mentális egészség; közösség; idősek; életminőség

Keywords: physical activity; mental health; community; elderly; quality of life

2025 tavaszán Magyarországra is megérkezett a világszerte sikeres „Cycling Without Age”¹ (CWA) kezdeményezés, amely itthon a „Biciklivel kortalanul Magyarország” nevet viseli. A CWA egy olyan társadalmi innováció, amely lehetőséget ad az időseknek, különösen az ápolási intézmények lakóinak, hogy újra kapcsolatba kerüljenek a külvilággal önkéntes „pilóták” által vezetett riksákon keresztül. A program az időskori életminőség, a mentális jóllét és a társadalmi kapcsolódás javítására törekszik. A program Magyarországon elsőként Győrben indult el, a Győri Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény idős lakói számára, de hamarosan Budapesten és több vidéki városban is elérhetővé válik.

A CWA egy 2012-ben Koppenhágában indult nemzetközi nonprofit kezdeményezés. 2025 januárjára a program már több mint 50 országban működik és több mint 3 500 helyi szervezettel, 6 000 riksával és 43 000 képzett önkéntessel, akik több mint 5 millió utazást biztosítottak 1,5 millió ember számára.

A kezdeményezés alappillére egy speciális, háromkerekű kerékpár, az úgynevezett riksabicikli, melynek elől kényelmes utasülése van, míg hátul egy önkéntes kerékpáros hajtja. Ezekkel a riksákkal nemcsak sétákat, hanem valódi utazásokat is lehet tenni – különösen akkor, ha azoknak szólnak, akiknek az élet már kevesebb lehetőséget adott a szabad mozgásra.



A program célja, hogy elsősorban időskorúak lakói – köztük azok is, akik mozgásukban korlátozottak – újra átélhessék a kerékpározás élményét. Ez az egyszerű,

¹ <https://cyclingwithoutage.org/>

mégis életformáló lehetőség kiragadja az időseket a bezártságból, magányból, és segít visszaadni számukra a mozgás, a részvétel és a szabadság érzését. A mozgalom lényege: hogy az embereknek még öregen is lehessen történetük, örömük.

A riksás utazások egyszerűnek tűnhetnek, de közösségeket hoznak össze, javítják a jólétet, és segítenek egy befogadóbb világ építésében – egy-egy utazással.

A Biciklivel Kortalanul Magyarország a dán társadalmi innováció alapértékei szerint működik, amelyek az alábbiak:

Nagylelkűség

A Biciklivel Kortalanul mozgalom alappillérei a nagylelkűség és a kedvesség. A pilóták örömmel mesélik el a vidám történeteiket, így toboroznak új önkénteseket – nem kötelességből teszik, hanem mert szívből szeretnék megosztani ezt az élményt másokkal is. A hálózatépítés és egymás segítése fontos mindannyiuk számára. Cél, hogy mindenhova örömet vigyenek: az utasoknak, a pilótáknak és a dolgozóknak egyaránt.

Lassúság

Lassan bicikliznek, tisztelettel másokra és a környezetünkre. A lassú tekerés alapelv, amely segíti a pilótákat és utasaikat egyaránt, hogy érzékelhessék és értékelhessék a világot maguk körül, jelen lehessenek a pillanatban, és kapcsolatba kerülhessenek azzal és azokkal, akik szembe jönnek az úton. A járókelők is kíváncsivá válhatnak, a lassúsággal megadjuk nekik a lehetőséget, hogy megismerhessék az idős utasokat, valamint a Biciklivel Kortalanul mozgalmat is.

Történetmesélés

Ahogy öregszünk, egyre kevesebb ember lehet tanúja a mindennapi életünknek és

történeteinknek. Egy intézménybe költözés sokszor csökkentheti a lehetőségét annak, hogy különböző közösségekhez tartozunk és új kapcsolatokat alakítsunk ki. Az idős emberek azonban rengeteg történetet, bölcsességet és emléket hordoznak magukban, amik elvesznek, ha nem nyitunk feléjük és hallgatjuk meg őket. Nagyon fontos, hogy legyen, aki érdeklődéssel és mosollyal hallgatja az izgalmas történeteiket, és az is, hogy új közös történeteket hozzunk létre velük, amit majd másoknak is tudnak mesélni. Ez mind hozzájárul a magas életminőséghez, örömhöz és a magányosság elkerüléséhez.

Kapcsolatok

A Biciklivel Kortalanul mozgalom arról szól, hogy új, értékes és mély kapcsolatokat építsünk egymással. Legyen az generációk közötti kapcsolat létrehozása, akár a pilóta és az utas között, akár egy új barát szerzése, vagy csak egy biztató mosoly egy járókelőre, aki mellett elhaladunk. Minden kapcsolat örömet szerez, bizalmat épít, és segít egy jobb közösség és társadalom létrehozásában.



Kortalanul

Az élet nem áll meg 70 felett, minden korban jöhetnek újdonságok, legyen az egy izgalmas, vidám, jelentőségteljes vagy szomorú esemény. Minden életkorban szükségünk van arra, hogy valakinek fontosak lehessünk, érezhessük, hogy

szükség van ránk és érték rejlik bennünk valaki számára. A Biciklivel Kortalanul mozgalomban mindenki számít, hiszen az egész központjában a kapcsolatok és barátságok vannak, amik a bicikliutakon születnek. A mozgalmon keresztül az idősokban rejő mindannyi érték újra belekerül a körforgásba, ami különben az intézmények falain belül maradna. A Biciklivel Kortalanul arról szól, hogy pozitívan és boldogan öregedhessünk meg, miközben a társadalom részesei maradunk, és együtt álmodhassunk tovább az előttünk álló élményekről és lehetőségekről.

A riksás utazások egyszerűnek tűnhetnek, de közösségeket hoznak össze, javítják a jólétet, és segítenek egy befogadóbb világ építésében – egy-egy utazással. A riksás utazások változást hozhatnak a demenciával élő idősök számára is, akiknek az érzékszervek stimulálása kiemelten fontos. A világ 50 országában megtett utazásaik során azt tapasztalták, hogy a demens betegek nyugodtabbak, volt, aki évek óta először szólalt meg egy ilyen biciklis út után. Egy vak idős elmondása szerint számára „az illatok, madárcsicsergés, a szél a hajában” jelentette a biciklizés élményét – az érzékszervek aktiválása tehát alternatív módon járulhat hozzá a jelenlét érzéséhez és nyugalomhoz.



Tudományos háttér: a dán „When Movement Moves” kutatás

A program tudományos megalapozottságát a 2024-ben publikált dán kutatás, a *When Movement Moves* biztosítja, mely a CWA mellett a *Team Twins* (futással történő tolószékes élményprogram) hatásait vizsgálta kvázi-kísérleti módszertannal. A kutatás főbb eredményei a következők:

- **Mentális jólét javulása:** Az idősök hangulata szignifikánsan javult a riksás utazásokat követően (+1,0 pont; $p < 0,001$), függetlenül az időjárástól vagy a pilóták személyiségétől.
- **Életminőség növekedése:** A program résztvevői a kiindulási értékhez képest átlagosan 0,9 ponttal magasabb életminőségi pontszámot értek el (7,0 → 7,9; $p = 0,040$).
- **Szociális előnyök:** Az idősök gyakori visszajelzései között szerepelt a „szabadság”, „öröm” és az „újra részese lehetek valaminek” érzés. A túrák közösségi élményt, társas kapcsolatokat és érzelmi biztonságot is teremtettek.
- **Gondozói tapasztalatok:** A személyzet elmondása szerint az utazások csökkentették a gondozók terheit, az idősök nyugodtabbak, együttműködőbbek lettek, s a kapcsolat is javult az ellátók és lakók között.
- **Önkéntes hatások:** Az önkéntes pilóták is mély érzelmi és társas élményekről számoltak be. Sokak számára az adás öröme mellett az új kapcsolatok és a közös történetek jelentettek értéket.

Zárógondolatok

A Biciklivel Kortalanul program eseményei nem csupán egy bicikliút, hanem egy társadalmi és érzelmi utazás is. A mozgás öröme, az emberi kapcsolatok és a közösen megélt pillanatok mind hozzájárulnak ahhoz, hogy az élet 70, 80 vagy akár 90 felett is tartalmas és örömteli lehessen.

A *Cycling Without Age* (CWA) programban való részvétel – **jelentős pozitív hatással van magukra az önkéntesekre is**, nemcsak az idősekre. Ezek a hatások tudományosan is igazoltak, és az érintettek személyes élményeiben is rendszeresen megjelennek.

A *Cycling Without Age* programban való önkéntesség **több szinten is gazdagítja a résztvevőket**: érzelmileg, mentálisan, társas kapcsolataikban és életértelmezésükben is. Az ilyen típusú közösségi önkéntesség nemcsak a rászorulókért van – hanem valóban kétirányú ajándék.

A következő hónapokban Budapesten és több vidéki városban is elindulnak az első ingyenes riksás séták. Önkéntesek segítségével, közösségi összefogással, sok-sok mosollyal és még több történettel.

Csatlakozni lehet itt:

<https://biciklivelkortalanul.hu/>



HIVATKOZÁSOK

Ahrensberg, H., Jørgensen, A., Rasmussen, M., Eghøj, M., Toftager, M., & Petersen, C.B. (2024). *Når bevægelse bevæger. En evaluering af deltagelse i Team Tvilling og Cykling uden alder* [When Movement Moves. An evaluation of participation in Team Twins and Cycling without Age] (in Danish). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. https://www.sdu.dk/sif/-/media/images/sif/udgivelser/2024/naar_bevaegelse_bevaeger.pdf

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Gui Angéla
egészségügyi kommunikáció szakértő, a Biciklivel Kortalanul Magyarország meghonosítója, a program vezetője,
Budapest
angela.gui@biciklivelkortalanul.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 17.
Elfogadva: 2025. 07. 17.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

Copyright © 2025 Gui Angéla. 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.19840](https://doi.org/10.58701/mej.19840)

Kulcsszavak: EU; WHO; alkohol; adó; képernyőidő; család

Keywords: EU; WHO; alcohol; tax; screen time; family

Az EU miniszterei előrelépést tettek a legfontosabb egészségügyi és szociális kérdésekben

A digitális jólét, a dohányzás visszaszorítása és a társadalmi befogadás a középpontban az EPSCO Tanács ülésén

A múlt héten tartott foglalkoztatási, szociálpolitikai, egészségügyi és fogyasztóvédelmi (EPSCO) tanácsi ülésen az egészségügyi miniszterek elfogadták a [fiatalok mentális egészségének védelméről a digitális korban](#) szóló következtetéseket. A következtetések összehangolt uniós felépítést szorgalmaznak a biztonságosabb online környezet biztosítása érdekében. A miniszterek véleményt cseréltek a dohányzás, az új nikotintartalmú termékek és az alkoholfogyasztás visszaszorításáról is. Kiemelték, hogy különösen a gyermekeket és a fiatalokat kell védeni, és egyesek az uniós dohányjogszabályok felülvizsgálatát szorgalmazták. A Tanács üdvözölte az Európai Bizottság javaslatát is, amely szerint cselekvési tervet kell kidolgozni a szív- és érrendszeri egészségre vonatkozóan.

A szociális és foglalkoztatási miniszterek elfogadták az [időskorúak munkaerő-piaci támogatásáról](#) szóló következtetéseket, és

jóváhagyták a [nemek közötti egyenlőség előmozdításáról a mesterséges intelligenciára épülő digitális korban](#) szóló következtetéseket. A miniszterek véleményt cseréltek az európai szociális jogok pillérére vonatkozó új cselekvési tervről, a szegénység elleni stratégiáról és a munkahelyek minőségéről. Felülvizsgálták az egyenlő bánásmódról szóló iránymutatás tervezetét, és több miniszter is a tervezet kidolgozásának folytatását szorgalmazta. A Bizottság előterjesztette az európai szemeszter tavaszi csomagját is.

Jelentés az alkoholadók, árak és megfizethetőség a WHO európai régiójában 2022-ben

Az adó arányának 10 százalékpontos emelése a fogyasztás 4,0–8,5%-os csökkenését eredményezi. Ez hozzájárulhat a teljes halálozás akár 2,5%-os csökkenéséhez, az alkoholnak tulajdonítható rákos megbetegedések hosszú távú hatását nem számítva.

A [jelentés](#) rávilágít az alkoholadózás és az alkoholárakra vonatkozó politikák kritikus szerepére az alkohol fogyasztásának csökkentésében és az alkohol okozta egészségkárosodások enyhítésében a

WHO európai régiójában. A bemutatott bizonyítékok azt mutatják, hogy a jól megtervezett fiskális intézkedések, különösen az alkoholra kivetett jövedéki adók, jelentősen csökkenthetik mind az alkohol fogyasztását, mind az alkohol okozta halálozást. A legfontosabb megállapítások a következők:

- **Végrehajtási hiányosságok:** annak ellenére, hogy az alkoholra kivetett jövedéki adók hatékonyságát alátámasztják a népegészségügyi adatok, ezeknek az intézkedéseknek a végrehajtása a régióban jelentős hiányosságokat mutat. Az adókulcsok általában alacsonyok, és sok országban továbbra is alacsony vagy nulla jövedéki adókulcsot alkalmaznak bizonyos italokra, különösen a borra, ami jelentős lehetőségeket szalaszt el az alkohol okozta károk csökkentése terén.
- **Megfizethetőség és árképzés:** a megfizethetőség a fogyasztás egyik leg-ontosabb mozgatórugója, az alacsonyabb árak és a nagyobb megfizethetőség hozzájárul az alkohol fogyasztásának növekedéséhez. Az alkoholtartalmú italok különösen megfizethetőek az EU-országokban. Az alkohol megfizethetőségének csökkentése továbbra is a népegészségügyi politika egyik legfontosabb célja.
- **Az alkoholadók hatása:** az adóemelések jelentősen csökkenthetik az alkohol fogyasztását. A kiskereskedelmi árak 10%-os emelése vagy a jövedéki adó arányának 10 százalékpontos emelése az elemzett esettanulmányokban (Grúzia, Németország és Portugália) a fogyasztás 4,0–8,5%-os csökkenését eredményezte. Ez a csökkenés hozzájárulhat a teljes halálozás akár 2,5%-os csökkenéséhez, az alkoholnak tulajdonítható rákos megbetegedések hosszú távú

hatását nem számítva. Ezen túlmenően kimutatták, hogy a magasabb adóarányok jelentősen magasabb bevételekkel járnak. A jelentés megállapításai aláhúzzák az alkoholadópolitikák megerősítésének fontosságát a népegészségügyi célok elérése érdekében.

Összességként elmondható, hogy az alkoholadók, az árképzési intézkedések és az alkohol megfizethetőségének csökkentésére irányuló erőfeszítések továbbra is alapvető pillérei a népegészségügyi eredmények javításának a WHO európai régiójában. E politikák megerősítése, a jelentésben bemutatott bizonyítékok alapján, jelentősen hozzájárulhat az alkohol fogyasztásának és az azzal járó népegészségügyi terhek csökkentéséhez.

A WHO merész kezdeményezést indít az egészségügyi adók emelésére és több millió élet megmentésére

A „3 by 35” [kezdeményezés](#) a dohánytermékek, az alkohol és az édesített üdítők fogyasztása ellen irányul, hogy csökkentsék a halálozást és növeljék az egészségügyi és fejlesztési finanszírozást.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) új, nagyszabású kezdeményezést indított, amelyben sürgeti az országokat, hogy 2035-ig legalább 50%-kal emeljék a dohánytermékek, az alkohol és az édesített üdítők reálárát egészségügyi adók bevezetésével, a krónikus betegségek visszaszorítása és a kritikus fontosságú közbevételek generálása érdekében. A „3 by 35” kezdeményezés akkor jön létre, amikor az egészségügyi rendszerek hatalmas nyomás alatt állnak a nem fertőző betegségek (NCD) terjedése, a fejlesztési segélyek csökkenése és a növekvő államadósság miatt.

A dohány, az alkohol és az édesített üdítők fogyasztása tovább fokozza a nem fertőző betegségek járványát. A nem fertőző betegségek, köztük a szívbetegségek, a rák és a cukorbetegség, a világ összes halálesetének több mint 75%-áért felelősek. Egy friss jelentés szerint ezeknek a termékeknek az egyszeri 50%-os áremelése az elkövetkező 50 évben 50 millió korai halálesetet előzhet meg.

Az egészségügyi adók csökkentik a káros termékek fogyasztását, és bevételt teremtenek, amelyet a kormányok újra befektethetnek az egészségügybe, az oktatásba és a szociális védelembe.

A kezdeményezés ambiciózus, de megvalósítható célt tűzött ki maga elé: az elkövetkező 10 évben 1 billió dollárt gyűjteni. 2012 és 2022 között közel 140 ország emelte a dohányadót, ami átlagosan több mint 50%-os reálár-emelkedést eredményezett, bizonyítva, hogy nagyszabású változás lehetséges.

Kolumbiától Dél-Afrikáig az egészségügyi adókat bevezető kormányok a fogyasztás csökkenését és a bevételek növekedését tapasztalták. Ugyanakkor sok ország továbbra is adókedvezményeket biztosít az egészségre káros iparágaknak, többek között a dohányiparnak. A WHO arra ösztönzi a kormányokat, hogy vizsgálják felül és kerüljék az ilyen mentességeket a hatékony dohányzásellenes intézkedések

A „3 by 35” kezdeményezés sikerének középpontjában az erős együttműködés áll. A WHO vezetésével a kezdeményezés egy hatékony globális partnerscsoportot hoz létre, amely segít az országoknak az egészségügyi adók bevezetésében. Ezek a szervezetek technikai szakértelemmel, szakpolitikai tanácsadással és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkeznek. Együttműködésük célja, hogy felhívják a figyelmet az egészségügyi adók előnyeire és támogassák a nemzeti szintű erőfeszítéseket.

A „3 by 35” kezdeményezés kulcsfontosságú cselekvési területeket határoz meg az országok támogatására, és bevált egészségügyi szakpolitikákat párosít a végrehajtás legjobb gyakorlataival. Ezek közé tartozik az országok által vezetett reformok közvetlen támogatása a következő célok elérése érdekében:

A káros fogyasztás visszaszorítása az ár megfizethetőségének csökkentésével: a dohánytermékek, az alkohol és az édesített üdítők jövedéki adójának emelése vagy bevezetése az árak emelése és a fogyasztás csökkentése érdekében, ezzel csökkentve a jövőbeli egészségügyi költségeket és a megelőzhető halálesetek számát.

Bevételek növelése az egészségügy és a fejlesztés finanszírozására: széles körű politikai támogatás kialakítása a minisztériumok, a civil társadalom és az akadémiai körök között, illetve a hazai közforrások mozgósítása az alapvető egészségügyi és fejlesztési programok, többek között az egyetemes egészségügyi ellátás finanszírozására.

Széles körű politikai támogatás kialakítása a minisztériumok, a civil társadalom és az akadémiai körök között: a többszektorális szövetségek megerősítése a pénzügyi- és egészségügyi minisztériumok, a parlamenti képviselők, a civil társadalom és a kutatók bevonásával a hatékony politikák kidolgozása és végrehajtása érdekében.

A WHO felszólítja az országokat, a civil társadalmat és a fejlesztési partnereket, hogy támogassák a „3 by 35” kezdeményezést, és kötelezzék magukat az egészséget védő, intelligens és méltányosabb adóztatásra, amely felgyorsítja a fenntartható fejlesztési célok elérését.

Kezdeményezés a fiatalok képernyőidejének csökkentéséért

A Bethesda Gyermekkórház az Aktív Magyarorszáért Felelős Államtitkárság támogatásával, 40 országos szervezet bevonásával a gyermekek képernyőhasználatának kontrollálására vonatkozó alapelveket fogalmazott meg

Az elmúlt években a gyermekek képernyő előtt töltött ideje jelentősen megnövekedett, különösen a 8-12 éves korosztályban, ahol a napi átlagos képernyőidő már meghaladja az 5 és fél órát, és a tizenévesek körében pedig több mint 8 órát tesz ki. Ez a tendencia komoly hatással van a fiatalok életmódjára, és hosszú távú következményekkel járhat mind a fizikai, mind a mentális egészségükre nézve. A Bethesda Gyermekkórház szakembereinek vezetésével indított, képernyőidő-csökkentő program célja, hogy segítséget nyújtson a családoknak a virtuális tér feletti kontroll visszaszerzésében, és abban, hogy aktívabb, kiegyensúlyozottabb életet élhessenek. A szakmai konszenzuson alapuló ajánlást 10 pontban fogalmazták meg:

1. 10 éves kor alatt (az alsó tagozat végéig) semmiképpen, 14 éves kor alatt (a felső tagozat végéig) lehetőleg ne legyen a gyermeknek saját okos-eszköze (okostelefon, laptop, okosóra stb.).
2. 3 évesnél fiatalabb gyermekek egyáltalán ne töltsenek időt képernyő előtt, kivéve távollévő családtagokkal való kapcsolattartás céljából.
3. 14 éves kor alatt gyerekek ne regisztráljanak közösségi oldalakra.
4. A gyerekek kikapcsolódást szolgáló napi átlagos képernyőideje ne haladja meg óvodáskorban a 30 percet, alsó tagozatos korban a 60 percet, felső tagozatos korban és később a 90 percet. A telefonhasználatot ugyanannyi időtartamú mozgásos tevékenység

kövesse. Képernyőmentes napok bevezetése javasolt.

5. A lefekvés előtti utolsó órában minden képernyő használata kerülendő.
6. A képernyőidő rovására minden gyermek és fiatal mozogjon legalább napi 60 percet.
7. Törekedni kell a tudatos képernyőhasználatra, a megszokásból végzett, céltalan tartalomfogyasztás kerülendő.
8. A túlzott vagy problémás képernyőhasználat a mentális egészséget veszélyeztető kockázatokkal jár, ezért kerülendő.
9. Egyetlen gyermeknek se legyen következetes szülői felügyelet nélküli okoseszköze.
10. A családokat (szülőket, nagyszülőket, gyermekeket) szükséges felvértetni a megfelelő tudással és készségekkel annak érdekében, hogy a digitális világgal való kapcsolatuk egészséges legyen. Szülők esetében ezt a tevékenységet már a várandósság ideje alatt meg kell kezdeni.

A program részeként [e-book](#)-ot kínálnak a családok számára.

Egy keresztény szellemiségű egyetem oktatóiként és pszichológusként valljuk: minden szeretetre épülő kapcsolat egyenértékű

Magyarországon nőtt az LMBTQ+ személyek elutasítottsága, az okok között pedig gyakran felmerül, hogy a nem heteroszexuális kapcsolatok megkérdőjelezzik a hagyományos családmódot. A tudományos bizonyítékok azonban azt mutatják, hogy a szeretetteljes család fontosabb a gyerekeknek, mint a szülők neme. Kengyel Judith Gabriella, Szondy Máté és Zsila Ágnes, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Pszichológiai Intézete pszichológus oktatóinak [írása](#)

Amikor bizonyos jogokat korlátozó intézkedésekről hallunk – például a Pride felvonulások betiltásáról vagy a homoszexualitásra utaló könyvek befóliázásáról –, ezeket gyakran a gyermekek védelmével indokolják. Azonban fontos megértenünk, mit mond erről a tudomány.

Számos kutatás támasztja alá, hogy nincs szignifikáns különbség az azonos nemű és a heteroszexuális párok által nevelt gyermekek fejlődésében. Az átfogó vizsgálatok szerint az általános egészségi állapot, a tanulmányi eredmények, az érzelmi stabilitás és a nehézségekkel való megküzdés képessége tekintetében nincs eltérés a két csoport között.

Egy negyven kutatást elemző nagyszabású tanulmány is megerősítette ezt: az azonos és különböző nemű párok gyermekeinek iskolai teljesítménye, intellektuális és társas fejlődése, valamint pszichés egészsége között sem mutatható ki lényegi különbség.

Ezek a tudományos eredmények rávilágítanak, hogy a gyermekek jólétének biztosítása nem függ a szülők szexuális irányultságától. „Mindezek alapján fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a tudományos bizonyítékok szerint a családtagok közötti kölcsönös bizalom, támogatás és a család által megteremtett biztonságos, szeretetteljes légkör fontosabb egy gyermek érzelmi, intellektuális és társas fejlődésének egészséges alakulásában, mint önmagában a szülők neme.”.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 07. 30.
Elfogadva: 2025. 08. 01.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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

SZAKMAI HÍREK

Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei

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

Szerző: [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, értesülhet 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 2024 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: RENDSZERSZEMLELET. 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. 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 készített protokollt az Open Science Framework szervezetenél [regisztrálták](#). Az áttekintés eredményét bemutató közleményt júniusban benyújtották a International Journal of Educational Research Open folyóirathoz. A kézirat benyújtását követően megkezdtek a hazai felmérés körívének kidolgozását. Szeptemberben elindulnak az első próbakérdések, hogy 2026 őszén megvalósítható legyen az első országos felmérés.

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.

Kutatások sora támasztja alá, hogy az egészséges táplálkozást aláássák a cégek marketinggyakorlatai, mivel a marketing jelentős része olyan élelmiszerekhez kapcsolódik, amelyek hozzájárulnak az egészségtelen táplálkozáshoz. Egyértelmű [bizonyítékok](#) támasztják alá, hogy a gyermekeket elérő élelmiszermarketing megváltoztatja az élelmiszer-preferenciákat, ezáltal a boltok kínálatát, így a vásárlásokat és a tápanyagbevitelt.

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület olyan kezdeményezést indított, aminek célja a gyermekeket célzó, egészséget kockáztató élelmiszerek marketingjének szabályozását szigorítaná. A megvalósításhoz felhasználható a WHO

Európai Irodája által a betegségek megelőzésének és az egészség előmozdításának céljából összeállított [tápanyag-profil-lista](#). A lista tulajdonképpen az élelmiszerek tápanyag-összetétel kockázatszerinti osztályozása. A hazai kezdeményezés időszerűségét jelzi, hogy a német parlament törvényjavaslatot készít elő a gyermekek 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 válasz-lépések megtervezéséhez](#)” c. kiadványát, amely kiváló alapot kínál a magyarországi cselekvéseknek.

A kezdeményezés első lépéseként a MEJ Café programsorozat keretében online kerekasztal-beszélgetést szervezett március elején, amelyen felkért szakértők vitatták meg a jelenlegi helyzetet és a leg sürgetőbb teendőket. A beszélgetésről

[összefoglaló](#) jelent meg a MEJ 2025/2 lapszámában.

2025 júliusában az N3.0 Egyesület megalakította a Élelmiszer-marketing Korlátozásáért Munkacsoportot, hogy dolgozzon ki szakmai javaslatot egy jogszabályra, ami a gyermekeket elérő, az egészségre kockázatot jelentő élelmiszerek marketingjét visszaszorítja. A Munkacsoport öszre elkészíti, és szakmai vitára bocsátja a javaslatát.

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

HOGYAN CSATLAKOZHAT EGYESÜLETÜNKHÖZ?

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 08. 06.
Elfogadva: 2025. 08. 07.
Megjelentetve: 2025. 09. 01.

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