

DIÁKTUDOMÁNY

Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Diáktudomány 7. - Közösen a tudományért

Szerkesztette: Jávorné Dr. Erdei Renáta, Moravcsikné Dr. Korniyicki Ágota,
Tóth Anikó Panna

Az aktuális számot lektorálta: Jávorné Dr. Erdei Renáta, Moravcsikné Dr.
Korniyicki Ágota, Tóth Anikó Panna

Nyomdai előkészítés: Kirilla György

**A kiadvány a Nemzeti Tehetség Program keretein belül megvalósított,
NTP-HHTDK-21-0049 Közösen a tudományért
című pályázat támogatásával készült.**

2022

Felelős kiadó: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar 4400 Nyíregyháza, Sóstói
út 2-4.

ISBN 978-963-490-449-6



Tartalomjegyzék

ELŐSZÓ..... 4

Közösségi pszichiátriai ellátásban résztvevők kapcsolathálózatának feltérképezése, társas kapcsolatainak jelentősége egy hazai kisvárosban..... 5

Bige Borbála Julianna

Elsőgenerációs kelet-európai bevándorlók egészségi állapota nyugat-európai országokban .. 15

Borbély Tímea Bernadett

Patológia szerepe a korszerű orvoslásban 33

Jakucska Szabolcs Bálint

Várandósok egészségmagatartása és sportolási szokásai..... 41

Kincses Dorottya, Molnárné Grestyák Anita Katalin

„A gyógyító vákuum” A köpölyözés, mint alternatív gyógymód..... 52

Kósa Andrea, Kósa Zsófia, Illés Ilona

“Nem emlékszem” Demencia a családban..... 60

Mokánszki Bernadett

Hodászi és Nyíregyházi szegregátumokban élő ötven évet betöltött roma nők helyzete a közösségben 69

Németh Adrienn, Dr. habil Szoboszlai Katalin

Az európai munkavállalók jóllétét és munka-magánélet egyensúlyát befolyásoló munkaerőpiaci 88

Sofalvi Beáta-Noémi

Erdélyi, felvidéki és magyarországi magyar anyák egészségműveltsége és tájékozódási forrásai a várandósságról..... 98

Varga Noémi-Renáta

ELŐSZÓ

A kötet, melyet a kedves érdeklődő „virtuálisan” lapozgathat és olvashat, tehetséges, tudományos diákkörös hallgatók tollából származó tanulmányokat mutat be. Karunkon, kifejezetten a hallgatók tudományos kutatásait bemutató kötet hagyományainkhoz híven, immár több éve minden tanév végén megjelenik. Örömünkre szolgál, hogy hetedik diáktudomány kötetünket is lehetőségünk van kiadni!

A kilenc tanulmányt tartalmazó kötet a 2021/2022-es tanév helyi Tudományos Diákköri Konferenciáján helyezést, kimagasló eredményt elért pályamunkákból született, melyben intézményünk hallgatói mellett nyíregyházi és határon átnyúló együttműködéseinknek köszönhetően egészségügyi középiskolás diákok és határon túli hallgatók is publikálnak. Tudományterületileg is színes kép jellemzi a kötetet ebben az évben is, hiszen mind az egészségtudomány, mind a társadalomtudomány, mind pedig a két említett terület összefonódásából született interdiszciplináris jegyeket magukban hordozó tanulmányok kerültek bemutatásra.

Ebben a tanévben az NTP-HHTDK-21-0049 kódszámú, Közösen a tudományért című, TDK tevékenységet támogató pályázat adta a finanszírozási háttérét a tanulmánykötet megjelenésének. A megjelenéshez elsősorban azokra a tehetséges Tudományos Diákköri Konferencián részt vevő hallgatókra volt szükség, akik színvonalas, kitartó munkájukkal olyan eredményeket értek el tudományos kutatómunkájuk terén, amelyek közlésre elfogadott tanulmányok formájában is testet ölthettek. Természetesen témavezetőik magas színvonalú, áldozatos munkája nélkül mindez nem jöhetett volna létre, segítségüket ezúton is köszönjük!

Hogy miért is érdemes elolvasni kötetünket? Erre több válasz is adható. Egyfelől megismerhetjük fiatal kutatók érdeklődési területét és tehetségét, új eredményeket fedezhetünk fel, mely eredményeket akár hasznosíthatunk is munkánk során. Másfelől oktatóként, témavezetőként eltölthet minket a büszkeség, látva hallgatóink tehetségének kibontakozását. A hallgatók közül kikerülő olvasók pedig mintát, motivációt kaphatunk saját tudományos diákköri tevékenységük kibontakoztatásához, érdeklődési területük behatárolásához.

Jó olvasást, hasznos időtöltést kívánunk!

Jávorné Dr. Erdei Renáta, TDT elnök és Tóth Anikó Panna, TDT titkár

Közösségi pszichiátriai ellátásban résztvevők kapcsolathálózatának feltérképezése, társas kapcsolatainak jelentősége egy hazai kisvárosban

Bige Borbála Julianna¹

¹ Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Szociális Munka Szak

INFO	ABSTRACT
<p>Bige Borbála Julianna bige.julianna@gmail.com</p> <hr/> <p>Keywords community psychiatry, name generator, network, strong relationship, community caregiver, community care</p> <hr/> <p>Kulcsszavak közösségi pszichiátria, névgenerátor, kapcsolathálózat, erős kapcsolat, közösségi gondozó, közösségi ellátás</p>	<p>Mapping the social network of patients and it's consequences in community psychiatric care, in a small Hungarian town</p> <p>The aim of the research is to examine the social relationships of participants in community psychiatric care living in a small town, focusing on strong relationships. Further aim is to determine exactly where the caregiver is located in this relationship system. My method is the application of the name generator method in research. The key role of the caregiver also draws attention to the importance of community care for psychiatric patients in their daily lives, in dealing with challenges and, in particular, in case of trouble.</p> <hr/> <p>Absztrakt: A kutatás célja egy kisvárosban élő, közösségi pszichiátriai ellátásban résztvevők társas kapcsolatainak vizsgálata, az erős kapcsolatokra koncentrálva. Illetve annak meghatározása, hogy közvetlenül a gondozó, hol helyezkedik el ebben a kapcsolatrendszerben. Módszerem a névgenerátoros módszer személyesen asszisztált kiegészítő kérdéseket tartalmazó kérdőívvel. A pszichiátriai betegek közösségi ellátásának fontosságára, a gondozóval való kapcsolatra, a mindennapokban, baj, krízis esetén is feltárja a vizsgálat.</p>

BEVEZETÉS

A közösségi ellátás, mint szociális alapszolgáltatás 2017 január óta áll rendelkezésre a Kistérség közigazgatási területén élő pszichiátriai betegséggel diagnosztizált 18 év feletti lakosok számára. Az ellátandó célcsoport heterogén, mivel e kliensek egészségi állapota igen változatos, más-más családi háttérrel rendelkeznek, kapcsolatrendszerük igen különböző, anyagi háttérük változatos ezen okokból mások a személyes céljaik az ellátás igénybevétele esetén. Számukra az ellátás komplex eszközével támogatást, segítséget biztosítani. Így az igénybe vevők fekvőbeteg intézeti elhelyezésének időtartama rövidülhet, kitolódhat a tartós elhelyezést igénylő ápoló-gondozó otthonban való elhelyezés ideje, mivel a szolgáltatás igénybevételével a gondozott és annak családtagjai megtanulnak együtt élni az irreverzibilis tünetekkel, ezeknek lefolyásával. A településen, ahol a kutatást megvalósítottam, e szolgáltatás már ötödik éve elérhető a mentális betegséggel élők számára. A szolgáltatás igénybevétele önkéntes és ingyenes. A gondozó elérhető a nap 24 órájában a krízishelyzetben történő azonnali segítségnyújtás érdekében. A szolgáltatás a beteg saját lakókörnyezetében valósul meg ott, ahol a probléma jelentkezik, ezzel elősegítve az igénybevételi hajlandóságot, illetve a hatékony probléma megoldást. A pszichiátriai kórképeket tekintve széles spektrumot ölelnek fel az igénybe vevők, vannak közöttük skizofréniában, depresszióban, bipoláris betegségben szenvedők is.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

JOGSZABÁLYI HÁTTER

A közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére szolgáltatás kereteit az alábbi jogszabályok írják elő ([http2](#); [www3](#)):

- 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról,
- 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről,
- 9/1999. (XI.24.) SZCSM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szabályozza.

Ezek a jogszabályok határozzák meg többek között a szolgáltatás tartalmát, a szolgáltatást nyújtókra vonatkozó képesítési előírásokat, az ellátást igénylők körét és az igénybevételi eljárást.

TÁRSADALMI MEGÍTÉLÉS, STIGMATIZÁCIÓ, ANTISTIGMA

A mentális betegségekről általában kevés szó esik, a téma alulreprezentált a médiában is, ami a társadalmi elfogadást nem igazán segíti elő. ([http4](#))

Goffman egy olyan jelzőként értelmezi a stigmát, amelynek lényege, hogy az adott személyt leértékeli, hitelteleníti, szégyenletessé teszi. Szerinte a stigmáknak három csoportja van: az egyik csoportba a jellemhibák tartoznak, amelyek erkölcsi gyengeségre utalhatnak, a másik csoport a testi elváltozásokat, míg a harmadik csoport a társas másságot takarja. (GOFFMAN, 1963; HATZENBUEHLER, 2009; HATZENBUEHLER, 2016; SZTANCSIK, 2018; SZTANCSIK 2019; [http1](#))

A stigmát mindig megelőzi egy negatív sztereotip attribúció, azonban a rossz vélekedés még nem okoz rendszer szintű kirekesztést az egyén számára, ehhez bonyolultabb folyamatok szükségeltetnek. A stigmatizáció folyamatának kialakulásához öt tényező szükséges, melyek kölcsönösen hatnak egymásra és elősegítik a stigmatizáció kialakulását (LINK-PHELAN, 2001; SZTANCSIK, 2018; SZTANCSIK-SZEMÁN-NAGY, 2020).

A stigmatizáció nem feltétlenül csak a közvetlenül érintettekénél jelenik meg. Mentális problémák esetében a hozzátartozók, családtagok, közeli barátok is megbélyegzettek lehetnek (SZTANCSIK, 2019).

Örvendetes újdonság a Nemzeti Antistigma Program (NAP) ([www1](#)) kidolgozása. A Nemzeti Antistigma Program az országban jelenleg is működő jó gyakorlatok, kezdeményezések mely összefogja ezeket a jó gyakorlatokat. Ilyenek például (a teljesség igénye nélkül):

- A Moravcsik Alapítvány antistigma tevékenység ([www2](#))
- A MindTheMind Hungary
- A Nyitnikék Kezdeményezés
- A Mélylevegő Projekt

KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS SZEREPE

A közösségi pszichiátriai gondozás komplex ellátás mely magában foglalja a szociális ellátást és a fejlesztést is, melyet a beteg részére saját lakókörnyezetében biztosít. A beteget nem mesterséges környezetben, hanem otthonában, segítve a környezeti erőforrásainak elérésében támogatja az élet legalapvetőbb dolgainak megszervezésében, a felmerülő nehézségek leküzdésének hatékony stratégiájának kialakításában. Az ellátás célja, hogy a beteg felismerje, hogy az élet krízisei apró, mindennapi problémák sorozatai, amikkel meg lehet küzdeni. A szakmai team feladata a szociális ügyekben, munkakeresés, munkába állás esetén támogató segítséget nyújtani, ezzel is kiegészítve a medikális ellátást (BUGARSZKI, 2006). A közösségi pszichiátria csak multidiszciplináris teamekben valósulhat meg. A team azt a minimális segítséget adja, mely megfelelő támogatást nyújt a hospitalizáció veszélye nélkül, illetve figyelembe veszi az egyéni erőforrásokat, természetes közösségi erőforrásokat (HARANGOZÓ, 2001). Esetenként megtörténik a munkahely, a barátok megkeresése és a team munkába bevonása is, mely a hatékony rehabilitációt segíti elő, hiszen az közösen a közösség bevonásával történik. A közösségi pszichiátria a gondozás minden formáját igyekszik a közösségben átfogó, hatékonyabb módon megvalósítani a komplexitása által (SZ. MAKÓ H., KERÉKES ZS., 2013).

ANYAG ÉS MÓDSZER

A névgenerátor módszert elsősorban erős kötések mérésére, a társas támogató rendszer felmérésére használják a kutatók. Granovetter szerint az erős kötések közé soroljuk a családot, rokonokat, barátokat, azaz a homofil kapcsolatokat. A megkérdezettek saját maguk generálják a saját névlistájukat, ezekhez különböző szituációkat ad meg a kutatást végző mely a vizsgálat céljához és a megkérdezettekhez van igazítva és az ezekre adott válaszok hívják be a válaszadók számára jelentősebb személyek nevét, akire az adott szituációban számíthatnak, hogy az egyes kapcsolatoktól milyen jellegű erőforrást várhat az egyén, kitől számíthat instrumentális kitől emocionális támogatásra. (UTASI, 2002). Az alkalmazott névgenerátor típusú kérdőívek jellemzően az erős kapcsolatokat hivatottak vizsgálni, a társas támogató rendszer tágabb körét nem (CHUA és munkatársai, 2009), kivétel a Granovetter által használt névgenerátor mely a gyengébb, ám de fontos kapcsolatokat is vizsgálta kutatása során (GRANOVETTER, 1982; hivatkozik HUSZTI, 2015). Ezen típusú kérdőívek tartalmazhatnak névinterpretáló kérdéseket is, mellyel az ego és az alter kapcsolatáról kaphatnak teljesebb képet (HUSZTI, 2015).

MÓDSZER

A kutatásomat, egy 13 ezer fős Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei kisvárosban végeztem, ahol a közösségi ellátásban résztvevő pszichiátriai betegek társas kapcsolatait kívántam közelebbről megvizsgálni. A településen jelenleg 40 fő veszi igénybe ezen ellátási formát.

A kutatásom középpontjában az egyén kapcsolati körének egyszerű felmérése állt, névgenerátoros módszerrel, amelyet egy saját szerkesztésű, nyílt kérdéseket is tartalmazó kérdőív kitöltésén keresztül valósítottam meg a megkérdezettek otthonában, személyesen asszisztáltan.

A vizsgálat megkezdése előtt az Intézményvezető írásos beleegyezését kértem, hogy a kutatásomat elvégezhessem, majd a kutatásba bevont alanyokat személyesen felkerestem és tájékoztattam a vizsgálat céljáról, mikéntjéről, és az etikai szabályok betartása mellett biztosítottam őket a teljes anonimitásról. Egy-egy kérdőív kitöltésére átlagosan egy órát szántunk, mert az még nem megterhelő a vizsgálatba bevontak számára, ezen időintervallumot sikerült is tartani. Az adatok elemzését Excel programmal végeztem.

Az kliensek közül néhányan eleinte negatívan, bizalmatlanul álltak az egész kutatáshoz, mikor előzetesen egyeztettem velük, mivel féltek, hogy ebből valamilyen hátrány érheti őket, ezért többször el kellett mondanom, hogy ez az egész teljesen anonim módon van kezelve az etikai szabályok betartása mellett, melyet a beleegyező nyilatkozatban fel is tüntettem. A konkrét adatfelvétel során a bizalmatlanság valamilyen szinten még mindig jelen volt, a betegség miatti stigma hatásai érzékelhetőek voltak, nehezen nyíltak meg néhányan a megkérdezettek közül, de a beszélgetés végére oldódott a hangulatuk, hiszen hosszabb ideje kapcsolatban állok a kutatásban résztvevőkkel.

A mintába bevont 23 személy egy Kelet-magyarországi kisvárosban él, és pszichiátriai betegek közösségi ellátásában részesül. A mintába az 1. számú gondozó által gondozott személyek kerültek be. A minta nem reprezentatív.

Mint az alábbi ábrán (1. ábra) is látszik a pszichiátriai betegséggel élők széles spektrumában képviseltetik magukat a nyújtott ellátás tekintetében a vizsgálatba bevont személyek között (n=23), az „erős” kódúak magasan felülreprezentáltak, a „gyenge” kóddal rendelkezők száma nem haladja meg a 10 %-ot.

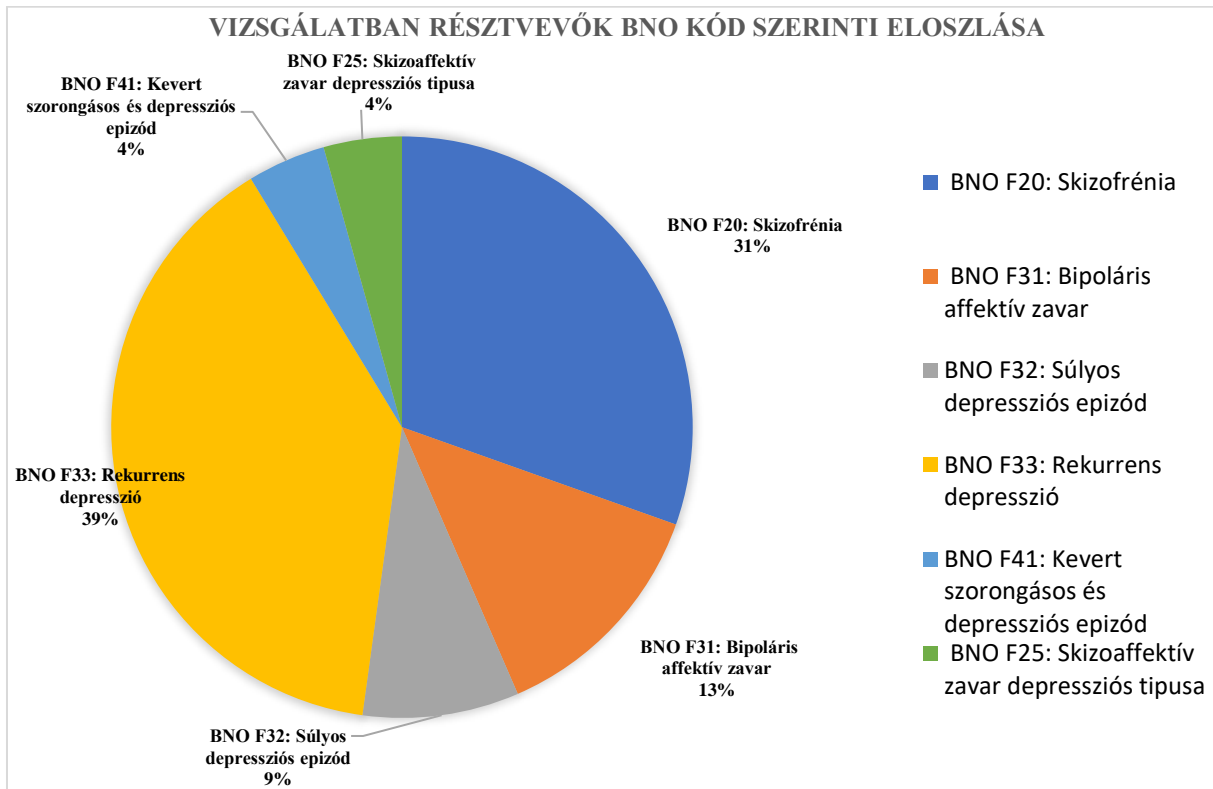
Az úgynevezett erős kódok a következő betegség típusokat fedik le:

- Schizofrénia, szizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek (ezek az F20-F29 BNO kóddal rendelkező kliensek csoportját jelzi)
- Bipoláris affektív zavar (Ez az F31 BNO kóddal rendelkező kliensek),
- Depressziós epizód (BNO F32 kóddal rendelkező kliensek),
- Ismétlődő depressziós rendellenesség (BNO F33 kóddal rendelkező kliensek),

Gyenge kódok közé soroljuk:

- Egyéb szorongásos rendellenességek (BNO F41 kóddal rendelkező kliensek),
- Schizoaffektív rendellenességek (BNO F25 kóddal rendelkező kliensek).

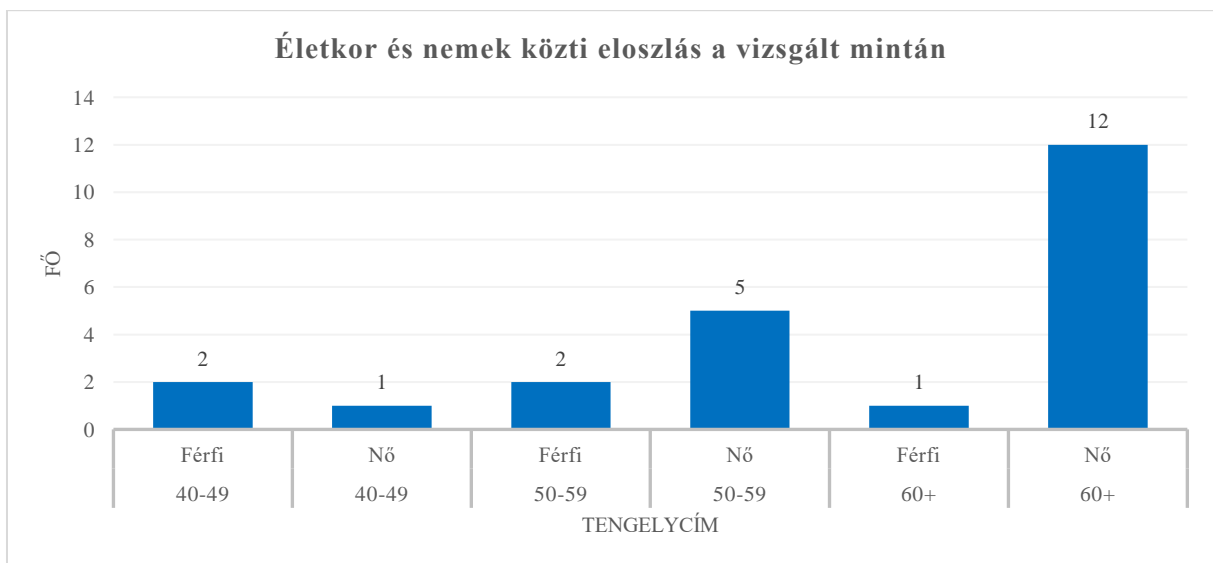
1. ábra Vizsgálatban résztvevők BNO kód szerinti eloszlása



Forrás: saját kutatás, 2021

A vizsgált minta 23 fő, ebből 18 fő nő és 5 fő férfi (2. sz. ábra). 46 éves a legfiatalabb válaszadó és a legidősebb 68 éves. A nők átlag életkora 60 év, a férfiak átlag életkora 54 év. A vizsgálatban résztvevők 52%-a házasársával él, 13% hajadon, 26% özvegy és 9% elvált. Iskolai végzettséget tekintve 52%-uk rendelkezik középfokú végzettséggel, 43,5%-uk alacsony fokú végzettségű, és 4,5%-uk nem rendelkezik iskolai végzettséggel.

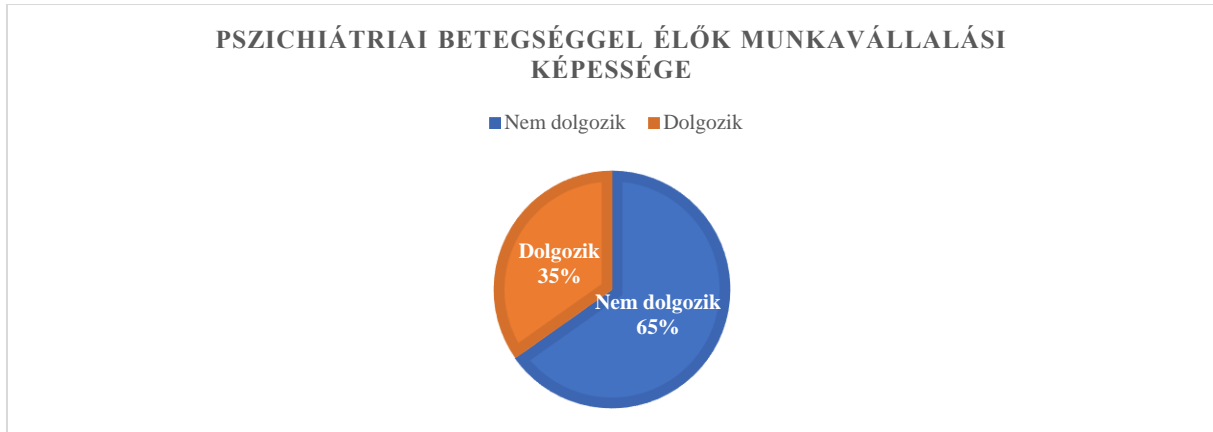
2. ábra Életkor és nemek közti megoszlás



Forrás: saját kutatás, 2021

Munkavállalási képességüket tekintve 35%-uk dolgozik (6 nő; 2 férfi) 4-6 órában, 65%-uk (12 nő; 3 férfi) pedig nem dolgozik (2 fő foglalkoztatás helyettesítő támogatásban részesül; 7 fő rokkantsági ellátást kap; 6 fő nyugdíjas, vagy nyugdíj jellegű ellátásban részesül) (3. ábra).

3. ábra Pszichiátriai betegséggel élők munkavállalási képessége

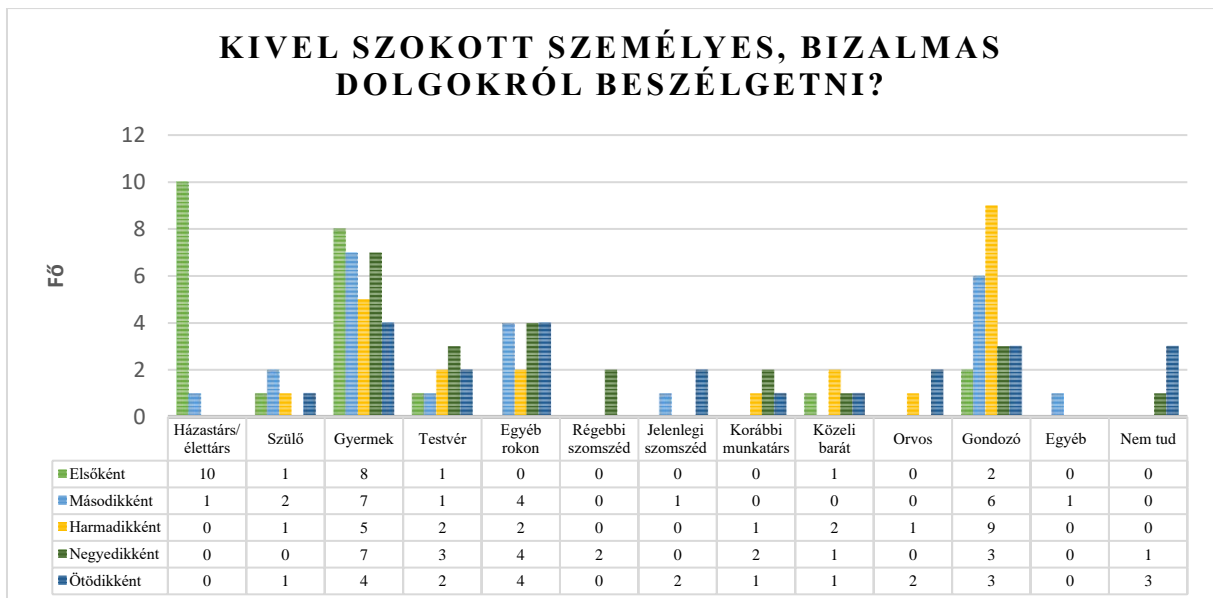


Forrás: saját kutatás, 2021

Eredmények

Arra kerestem a választ, hogy a közösségi pszichiátriai ellátásban részesülők a családi kapcsolatokon kívül rendelkeznek-e más bizalmi kapcsolattal, illetve, hogy hogyan alakul a kapcsolattartás gyakorisága, és a válaszadó mennyire tartja szorosnak a kérdezés időpontjában az említett kapcsolatot.

4. ábra Kivel szokott személyes bizalmas dolgokról beszélgetni?

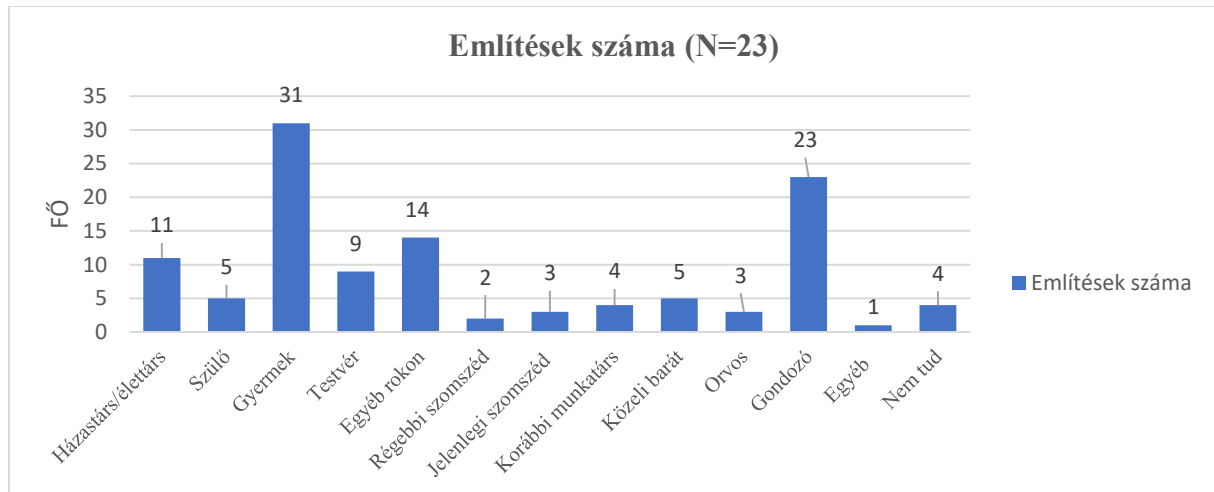


Forrás: saját kutatás, 2021

Az rögtön kitűnik az adatokból, hogy legtöbb esetben a házastársat jelölik meg, mint legfőbb bizalmast, az első helyre 10 (43%-a vizsgálatban résztvevőknek) válaszadó helyezte őket, a

következő, akivel bizalmas dolgaikat megbeszélik a gyermekeik, első körben 8-an (35%-a vizsgálatban résztvevőknek) jelölték meg, őket követi a gondozóval való kapcsolat első körben 2 (9%) említéssel (4. ábra).

5. ábra Említések száma



Forrás: saját kutatás, 2021

Az összes említések számát tekintve a válaszadók 27 %-a (31 alkalommal), a gyermekét jelölte legfőbb bizalmasának, a következő helyen a gondozó áll, akit az esetek 20%-ban (23 alkalommal) említettek a kérdőívet kitöltők. Harmadikként az egyéb rokon említése 12%-ot tesz ki (14 említés), majd a házastársi bizalmas kapcsolat említése követi 10% (11 alkalom) (5. ábra).

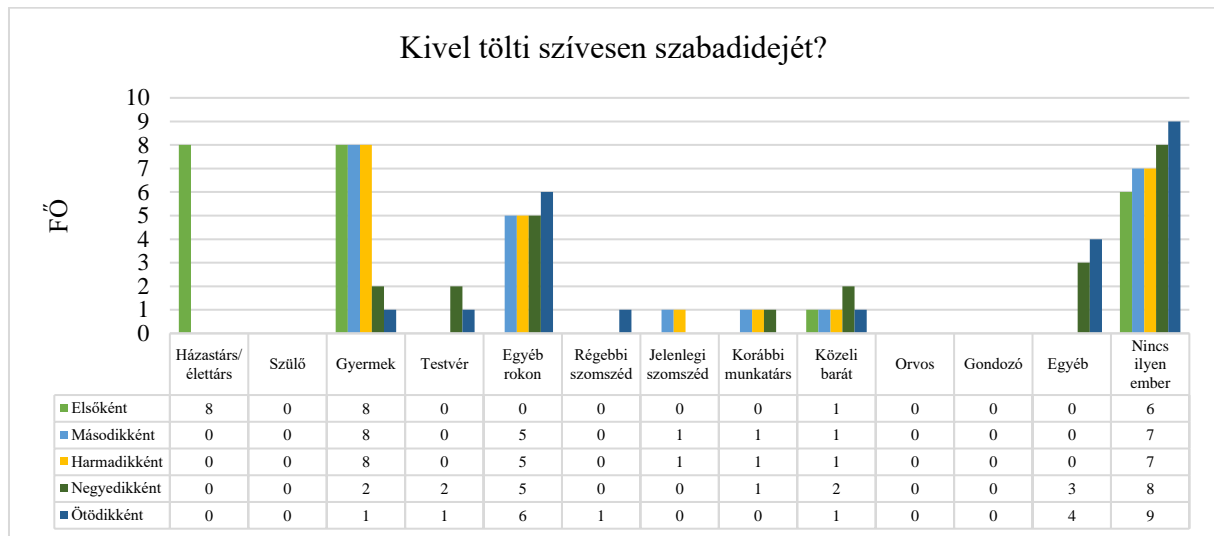
Látható, hogy a bizalmi kapcsolat leginkább a közvetlen családtagok felé van meg, de a gondozó is fontos szerepet tölt be a társas bizalmi kapcsolatokban. Az adatok alátámasztják, hogy a gondozót minden vizsgálatban résztvevő megemlíti, a legfőbb bizalmi helyet a gyermekek nyerik el, a házastársakat megelőzve, de ez abból is adódik, hogy a válaszadók többségének egynél több gyermeke van, és mivel házastárs ideális esetben is csak maximum egy lehet a kapcsolatok esetében. Első helyen említettek még a szülőt, testvért, közeli barátot, mint legfőbb bizalmast, az egyéb rokonokat a következő szintekre helyezik (az unokáikat, menyekiket, vejeiket sorolták be ebbe a kategóriába).

A vizsgálatban résztvevők válaszainak megoszlása a „Hol tölti a legtöbb idejét?” kérdésre az alábbiak szerint alakult. A résztvevők 70%-a (16 fő) otthonában tartózkodik, nem szívesen mozdul ki onnan, a válaszadók 26%-a (6 fő) jelölte az otthonában, a szabadban, ők is inkább lakókörnyezetükben tartózkodnak. Közösségi tereket, eseményeket ritkán vagy nem látogatnak, 4%-a azaz 1 fő jelezte, hogy a munkahelyén tölti a legtöbb időt (ebben az esetben a családnak van egy kis vállalkozása, és ott tevékenykedik).

A következő kérdés az volt, hogy „Kikkel tölti szívesen a szabadidejét?”. A kérdésekre adott válaszokból (6. ábra) látszik, hogy nem élnek úgymond nagy társasági életet, inkább családjuk körében töltik a szabadidejüket. A válaszok jelzik, hogy mennyire elszeparálódnak

környezetüktől, és nem nyitnak, mások felé ennek egyik oka lehet a betegségük miatti elfogadás hiánya, a visszautasítástól való félelem.

6. ábra Kivel tölti szívesen szabadidejét?



Forrás: saját kutatás, 2021

Arra a kérdésre is kerestem a választ, hogy akadályoztatás esetén kire, kikre támaszkodhatnak (betegség esetén segítség bevásárlásban, házimunka elvégzésében...)? Jellemzően az előző kérdésekhez képest nagy eltérés nem mutatkozik meg a válaszokban, a család itt is a legfőbb támasz. A kérdőív kitöltők mindegyike megemlíti a gondozót, ennek magyarázata lehet, hogy a válaszadók jellemzően egyedülállóak, és a családtagjaik távol élnek, így akadályoztatás esetén a gondozó nyújt számukra elsősorban segítséget a bajban. A jelenlegi szomszédot is említik, ami jelzi azt, hogy vidéken azért még fontos a jó szomszédi kapcsolat fenntartása, mert baj esetén hamar és hathatós segítséget tud jelenteni egy jó szomszéd.

ÖSSZEGZÉS

A kutatásból kiderült, hogy a felmérésben résztvevők társas kapcsolatai igen beszűkültek a betegségük miatt, igen zárkóztak, nehezen nyitnak mások felé, a gondozóval is a bizalmi viszony hosszú idő alatt alakul ki, szociális részről a gondozónak nagy szerepe van a kliens kapcsolathálózatának feltérképezésében, amely információk által hatékonyabbá válhat a komplex segítő munka.

A gondozó kiemelt szerepe a mindennapokban, a kihívások kezelésében és különösen baj esetén közvetetten a pszichiátriai betegek közösségi ellátásának fontosságára is felhívja a figyelmet.

Irodalomjegyzék

BUGARSZKI ZS. (2006): A közösségi pszichiátriai ellátásról. *Esély*, 2006/1, pp 67-73.

CHUA V.-MADEJ J.-WELLMAN B., (2009): Personal communities: The world according to me <http://homes.chass.utoronto.ca/~wellman/publications/personal/handbook-community.pdf>

FÜZESI ZS. (2006): Diszkrimináció és esélyegyenlőség a munkaerőpiacon. Előítéletek, hiedelmek, tények. „True Colors” Konferencia és Workshop nyitó előadása. Pécs, 2006. október 9-15.

GOFFMAN E. (1963): *Stigma: Notes on a spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.

HARANGOZÓ J.- TRINGER L.- GORDOS E.-KRISTÓF R.-WERRNIG R.-SLEZÁK A.-LŐRINTZ ZS. -VARGA A.-BULYÁKI T. (2001): Paradigmaváltás a pszichiátriában. *LAM*, 11(8-9), pp. 573-586.

HATZENBUEHLER M. L. (2009): How does sexual minority stigma „get under skin”? A psychological mediation framework. *Psychological bulletin*, 135(5) 707-730. o. DOI:10.1037/a0016441

HATZENBUEHLER M. L. (2016): Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist*, 71(8): 742-751. o. DOI: 10.1037/amp0000068.

HUSZTI É. (2015): *Megismer-hetem- A személyes kapcsolathálózat feltárásának új formája: kapcsolati napló*. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.

HUSZTI É. (2015): *Mondd meg, kikkel töltöd az idődet, s megmondom, ki vagy. A társas támogatást nyújtó személyes kapcsolati háló néhány jellemzője és működése a Nyíregyházi járásban*. *Acta Medicinae et Sociologica* Vol.6. No.18-19. 121-144 o. DOI: 10.19055/ams.2015.6/18-19/8.

LINK, B. G., & PHELAN J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, pp. 363-385.

SOLIN P, (2011): *Mental Health from the Perspective of Health Promotion Policy*. Academic dissertation. Finland: University of Tampere.

SZ. MAKÓ H., - KEREKES ZS. (2013): *Pszichiátriai szakellátás és mentálhigiéné in. (szerk) SZ. MAKÓ H., - KEREKES ZS. - DEMETROVICS ZS. P. TÓTH B. (2013) Mentálhigiéné és segítő hivatás- Fejezetek az elmélet és a gyakorlat területeiről Pannónia könyvek, pp. 13-32*

SZTANCSIK V. (2018): A skizofréniához fűződő megbélyegzésről. *Psychiatria Hungarica*, 33(2): 93-105. o.

SZTANCSIK V. (2019): *A mentális betegség bélyege*. Budapest: Oriold és Társai

SZTANCSIK V.- SZEMÁN – NAGY A. (2020): The Stigma of Mental Illness- Conceptions and Phenomena. In Szemán-Nagy A.- Körmendi A. (szerk.) *Bonding and Separation- Current Problems in Clinical Psychology*. Debrecen: Debrecen University Press, 110-119-o.

UTASI Á. (2002): A bizalom hálója. Mikrotársadalmi kapcsolatok, szolidaritás. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2002.

Internetes források:

http

1. Vajsz Kornél–Horváth Márton–Simon Lajos– Vass Edit–Sztancsik Veronika (2021)
Stigmatizáció és időskori mentális betegségek
https://esely.org/kiadvanyok/2021_1/esely_2021-1_3-19_vajsz_et_al.pdf?fbclid=IwAR3qvUfglId46ebuw220ksmJJ9oGveWc1qO5dhf0twtkzh3DvsRDbtDUYyg (Látogatva: 2021. 10. 21.)

2. Szakmai ajánlás közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére (2018)
<https://tamogatoweb.hu/index.php/olvasnivalo1/szakmai-szabalyozok/214-szakmai-ajanlasok-psz-asz-ssz-reszere> (Látogatva: 2021.10.11.)

www

1. I.Magyar Antistigma Workshop, (2021).

<http://vikote.hu/mentalis-betegsegekkel-szembeni-attitud-vizsgalat/> (Látogatva: 2021. 10. 19.)

2. Mentális betegségek és megbélyezés (Klubrádió 2021.)
<https://www.klubradio.hu/adasok/mentalis-betegsegek-es-megbelyezes-121637> (Látogatva: 2021.10.16.)

3. Ébredések alapítvány

<https://ebredesek.hu/modszereink/mi-az-a-kozossegi-pszichiatria/> (Látogatva: 2021.09.24.)

4. Országos sajtószolgálat, Moravcsik alapítvány (2020)
http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/megbelyezes_es_pszichiatrai_ellatas# (Látogatva: 2021.10.16.)

Elsőgenerációs kelet-európai bevándorlók egészségi állapota nyugat-európai országokban

Borbély Tímea Bernadett¹

¹ III. évfolyam, Közegészségügyi szolgáltatások és politikák szak, Sapientia EMTE Marosvásárhelyi Kar, Marosvásárhely, Koronka 1C

INFO

Név
borbely.timea@student.ms.sapientia.ro

Keywords

immigrants, WHO-5 well-being index, mental health, physical health, healthy immigrant effect, health care

ABSTRACT

Health status of first-generation Eastern European immigrants in Western European countries

In this paper I compare the health status of first-generation immigrants born in Eastern Europe and living in Western Europe with that of the indigenous population.

In the literature we can read about the so-called "healthy migrant effect": the health of newly arrived immigrants is generally good, but this advantage often deteriorates in time.

My empirical study was carried out on databases of the ESS in 2019 and EQLS in 2016. In the sub-sample of the immigrant population, self-rated health is significantly worse, and the prevalence of functional limitation is almost twice as common as in the group born in the host countries. I also measured a difference in mental health, but this time this was not significant.

Kulcsszavak

bevándorlók, WHO-5 jóléti index, lelki egészség, fizikai egészség, egészséges bevándorló hatás, egészségügyi ellátás

Absztrakt:

Dolgozatomban a Kelet-Európában született, Nyugat-Európában élő elsőgenerációs bevándorlók egészségi állapotát hasonlítom össze az őshonos népességével.

A szakirodalomban az úgynevezett „egészséges bevándorló hatásról” olvashatunk: az újonnan érkezett bevándorlók egészségi állapota általában jó, ám ez az előny gyakran romlik a tartózkodási idő növekedésével.

Empirikus vizsgálatom az ESS 2019-ből és az EQLS 2016-ból származó adatfelvételeim végeztem. A bevándorló népesség részmintájában az önminősített egészségi állapot szignifikánsan rosszabb, és a funkcionális korlátozottság előfordulási gyakorisága is csaknem kétszer olyan gyakori, mint a befogadó országokban születettek csoportjában. A lelki egészségben is jelentős, de ezúttal nem szignifikáns különbséget mértem.

Bevezetés

A Nyugat-Európában élő bevándorlókra a sokféleség jellemző: különböző földrészekről és országokból érkeztek, vannak közöttük menekültek és olyanok is, akik munkavállalási céllal érkeztek.

Szakirodalmi adatok szerint a külföldön munkát kereső kelet-európaiak a következő okokkal indokolták döntésüket: a legnagyobb arányban a megbecsültség szükséglete jelenik meg, pontosabban: a jobb fizetés, a magasabb életszínvonal, jobb iskolai végzettség, valamint

a szakmai pálya építése, idegen nyelv tanulása miatt vándoroltak. Ilyen okokra elsődlegesen a 19-35 éves fiatalok és a középfokú végzettségűek hivatkoznak. A sorrendben a következő ok a biztonság iránti igény volt: azok a személyek, akiknek az országban nem volt munkájuk, nem tudtak tisztességesen megélni (különösen az 50 év felettiak, és akiknek a legnagyobb nehézséget okozza a munka megtartása vagy keresése). Emellett nagy számban jelen van az önmegvalósítás igénye, valamint a társadalmi összetartozás- és intimitásigény: azaz kivándorlás a házasságkötés, a családgyejesítés, a rokonok közelsége érdekében. A jobb megélhetés érdekében kivándorolt személyek hosszú munkaidejéhez kevés szabadidő társul (Ionescu 2008).

Tanulmányomban azoknak a személyeknek az egészségét teszem vizsgálat tárgyává, akik felnőttkorban távoztak hazájukból valamely nyugat-európai országba. Kutatásom középpontjában a Kelet-Európából érkezett bevándorlók állnak, elsődlegesen az ő fizikai és lelki egészségüket vizsgálom.

Szakirodalmi áttekintés

Az egészséges bevándorló hatás

Kutatások eredményei azt sugallják, hogy a bevándorlók a célországba érkezve egészségesebbek, mint az őslakosok. Ez az ún. egészséges bevándorló hatás (healthy migrant effect). Tanulmányok azt is megállapították, hogy a bevándorlók egészségi állapota közel áll az őshonos népességéhez (Giuntella 2017, Moullan és Jusot 2014).

Epidemiológiai adatok ugyanakkor azt mutatják, hogy a bevándorlók általánosan jó egészségi állapota (az „egészséges bevándorló hatás”) romlik az új országba érkezésük után. A stressz és az új életstílushoz kapcsolódó tényezők részben magyarázhatják a bevándorló népesség romló egészségi állapotát és az olyan betegségek felmerülő kockázatait, mint a szív- és érrendszeri betegségek, a diabetes mellitus és az asztma. Moullan és Jusot kutatása az „egészséges migráns hatás” fogalmát tárgyalja és új adatokkal szolgál. Bemutatják az „egészséges migráns szelekciós hatást”, amely azt feltételezi, hogy a migránsok egészségi állapota jobb, mint honfitársaiké, mert csak a legjobb egészségi állapotúak vándorolnak ki, míg a nem egészséges migránsok nagyobb valószínűséggel térnek vissza hazájukba. Ez a migrációs egészségügyi szelekció magyarázatot adhat a bevándorlók jobb egészségi állapotára (Moullan és Jusot 2014).

Egyes kutatási eredmények megkérdőjelezik az „egészséges migráns hatás” létezését Európában. Nagy adatfelvételeken alapuló vizsgálatok azt mutatják, hogy Belgiumban és Franciaországban, és kisebb mértékben Spanyolországban is nagy az egészségi különbség az őshonos lakosság javára. A kivétel Olaszország, ahol a bevándorlók bizonyos fertőző betegségek tekintetében jobb egészségi állapottal rendelkeztek, mint az országban születettek (Moullan és Jusot 2014).

Malmusi (2014) az integrációs politikai modellek és a felnőtt bevándorlók általános egészségi állapota közötti kapcsolatot vizsgálja. A bevándorlók még a társadalmi-gazdasági feltételekhez való alkalmazkodás után is jobb egészségi állapotot tapasztalnak a magas integrációs politikai pontszámokkal rendelkező európai országokban, amelyek egy nyitott és tiszteletteljes modellt, a „multikulturálist” alkalmazták, mint a rossz integrációs politikával és

„kirekesztő” modellel rendelkező országokban. A multikulturális országokban élő bevándorlók enyhe egészségelőnyben vannak (ami részben a magasabb iskolai végzettségüknek köszönhető), azokhoz képest, akik vegyes integrációs politikával rendelkező országokban élnek. A bevándorlók és a helyi születésű lakosság közötti egészségügyenlőtlenségek a kirekesztő országokban a legnagyobbak, a multikulturális és asszimilációs országokban a legalacsonyabbak. Az egyenlőtlenségeket nagyrészt a társadalmi-gazdasági helyzet és az életkörülmények közötti különbségek közvetítik. Úgy tűnik, hogy a különböző integrációs politikai modellek Európa-szerte változtatnak a migránsok egészségi állapotának önértékelésén. A „kirekesztő” modell nagyobb társadalmi-gazdasági szegregációval és a migránsok rosszabb egészségi állapotával jár (Malmusi 2014).

Vándorlás és egészség: A bevándorlók mentális egészsége

A bevándorlóknak nehézségei lehetnek amiatt, hogy más kultúrával rendelkeznek, más nyelvet beszélnek. Mentális egészségüket legfőképp a jövedelem befolyásolja, ezt követően a családi állapot, majd a migrációs státusz. Az első generációs bevándorlók rosszabb lelki egészség mutatókkal rendelkeznek, mint a hasonló korú őshonos lakosság (Sántha 2021).

A lelki egészség romlása bekövetkezhet a vándorlás során jelentkező stresszhatások, a családtól való távollét miatt, emellett az életmódváltás, éghajlatváltozás, esetleges diszkrimináció is negatív hatással bír (Steffen and Bowden 2006).

Az átlag populációhoz képest az újonnan bevándoroltak jobb mentális egészséggel rendelkeznek, kisebb körökben a depresszió előfordulása, és kisebb arányban fogyasztanak alkoholt, mint a célországokban született népesség. Azonban kutatások számolnak be arról, hogy az idő elteltével és a közegbe olvadással együtt a bevándoroltak fentebb leírt jellemzői negatív irányba változnak és hasonlónak válnak a befogadó országban született népességéhez (Sántha 2021).

Holland kutatók a depressziós tünetek növekedését a házi orvosok és a közösségi gondozó szolgáltatások száma alapján próbálták megbecsülni. A lakossági vizsgálatok során felmért depressziós tünetek mértéke és a segélykérési statisztikák között azonban eltérés mutatkozhat a szolgáltatás igénybevételében (Meertens, Scheepers and Tax 2003).

Megállapíthatjuk, hogy a kevesebb gazdasági erőforrással rendelkezők nagyobb valószínűséggel szenvedtek depressziós tünetektől, mint a magasabb jóléti szinten élők. Az alacsonyabb jövedelműek, a társadalombiztosítástól vagy partnerük jövedelmétől függő személyek (férjes asszonyok/nős férfiak) nagyobb valószínűséggel szenvednek depressziós tünetektől, mint a magasabb jövedelműek vagy a foglalkoztatottak. A társadalmi-gazdasági helyzet és a depresszió közötti kapcsolatra vonatkozó korábbi kutatások hasonló eredményeket mutattak (Yu and Williams 1999, in: Meertens, Scheepers and Tax 2003).

Az a megállapítás, miszerint a bevándorló csoportokban nagyobb a szorongás/depresszió érzésének kockázata, mint a holland népességben, és ezért több magányt éltek át, összhangban van a korábbi kutatások eredményeivel, amelyek etnikai különbségeket mutattak ki a szorongás és a depresszió között, valamint a szorongás/depresszió és a magány érzése között (Visser és Fakiri 2016).

Az európai országokban átfogó összehasonlító tanulmány készült a bevándorló népesség lelki egészségi állapotáról, az országok integrációs és diszkriminációellenes politikájának

figyelembevételével (Malmusi 2017). A bevándorlók depressziós pontszámai magasabbak voltak, mint az országban születetteké. Az együtttható jelentősen csökkent a jövedelem, a diszkrimináció mértéke és a társadalmi helyzet korrekciója nyomán. Az egyenlőtlenségek alacsonyabbak voltak azokban az országokban, amelyek magasabb pontszámot értek el a diszkriminációellenes politikák és az állampolgársághoz való hozzáférés terén, és magasabbak voltak ott, ahol a bevándorlók hosszú távú tartózkodása és az állampolgárság megszerzése nehezkesebb.

Általában vége a bevándorlók a gyengébb gazdasági erőforrások és a diszkrimináció következtében több depressziós tünetet tapasztalnak, mint az őslakos lakosság (Malmusi 2017).

Vándorlás és egészség: A bevándorlók fizikai egészsége

A legújabb tanulmányok alátámasztják az „egészséges migráns hatás” hipotézisét, ugyanakkor megállapítják, hogy a bevándorlók egészségi állapotának romlása arányos a nyugati országokban való tartózkodásuk hosszával; a hosszabb tartózkodási idő a kardiovaszkuláris kockázatok növekedésével jár együtt, beleértve a túlsúlyt, az elhízást és a magas vérnyomást (Mucci és munkatársai 2019).

Ronda és mtsai egy tanulmányukban a bizonytalan munkakörülmények miatti nyomásról úgy vélte, hogy az hatással van egészségi állapotukra, és olyan tünetekről számoltak be, mint például a kiterjedt fájdalom, különösen az izomfájdalmak, a fejfájás és a gyomorpanaszok. A bevándorló munkavállalók körében gyakori az étkezési szokások minőségi és mennyiségi romlása a csökkenő jövedelem miatt (Ronda és munkatársai 2016).

Egy metaanalízis a 2013 és 2018 között a főbb online adatbázisokban (PubMed, Cochrane Library és Scopus) megtalálható, a bevándorlók fizikai egészségével kapcsolatos tanulmányokat elemezte. A felmerülő fő kockázatok a fertőző betegségek, a metabolikus szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulása és az életminőség romlása voltak, különösen a helyi egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei miatt (Mucci és munkatársai 2019).

Az Olasz Munkavállalók Kártérítési Hatósága (INAIL) szerint 2016-ban Olaszországban 61 ezer munkabaleset történt külföldi munkavállalókkal (az összes 15%-a), ebből 45 ezer nem uniós állampolgár, és körülbelül 16 ezer uniós állampolgár; Az esetek 87%-ában az ipari szektorban történtek események, további 6%-ban a mezőgazdaságban, 29%-ban pedig nők voltak a sérültek.

Számos tanulmány rávilágít a migráns munkavállalók nagyobb baleseti kockázatára, mivel gyakran olyan veszélyes környezetben dolgoznak, ahol nem állnak rendelkezésre biztonsági berendezések, különösen a termelő szektorokban és az épületekben (Mucci és munkatársai 2019). Az építőipari dolgozók vannak a leginkább kitéve különféle munkahelyi kockázatoknak, beleértve a fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai kockázatokot is. Ez a munkakategória nagyobb valószínűséggel okoz traumát és olyan légúti betegségek kialakulását idézi elő, mint a krónikus tüdőbetegség, asztma, szilikózis és bőrgyógyászati betegségek. Egy másik különösen kockázatos ágazat a mezőgazdaság (Mucci és munkatársai 2019). A kivándorolt gazdálkodók a leginkább marginalizált munkahelyeken dolgoznak, gyakran nagyon szegények, jogi védelem nélkül, és nem megfelelő létesítményekben laknak. A szezonális mezőgazdasági ágazatban alkalmazott munkavállalók magas hőmérsékleti viszonyoknak vannak kitéve, továbbá olyan vegyszerek környezetében dolgoznak, amelyek bőrgyógyászati

és légúti megbetegedésekhez vezethetnek. Munkájuk jellegéből adódóan gyakran helytelen testtartást vesznek fel és ismétlődő mozgásokat végeznek, amelyek mozgásszervi megbetegedéseket és esetenként végzetes traumás sérüléseket okoznak. A lakáskörülmények, beleértve a rosszul szellőztetett lakásokat, a rossz higiéniai körülményeket, a páratartalmat és a penészgombát, kedveznek a légúti betegségek, például tüdőgyulladás és asztma, valamint a fertőző betegségek kialakulásának. Ezen kívül a foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatos ismeretek hiánya és a biztonsági eszközök nem megfelelő használata nagyobb kockázatot jelent ezeknél a munkavállalóknál a balesetek és a foglalkozási megbetegedések (főleg allergiás tünetek) kialakulásában.

A fenti elemzések rávilágítanak arra, hogy a bevándorló munkavállalók jellemzően több munkahelyi kockázattal szembesülnek, mint az őslakosok. A külföldi munkavállalók nehézségekbe ütközhetnek új pozíciójukhoz való alkalmazkodás során; több munkahelyi stresszt tapasztalhatnak, mint például a túlórák miatti nem megfelelő pihenés, valamint a munkáltatók által biztosított nem megfelelő egészségügyi- és társadalombiztosítás (Mucci és munkatársai 2019).

Az idősebb bevándorlók körében magasabb volt a funkcionális korlátok előfordulása. Jelentős etnikai egyenlőtlenségek léteznek különböző funkcionális korlátokban, különösen a látásban. Ezek az eredmények alátámasztják az idős migránsok esetében a személyre szabott megelőző beavatkozások fontosságát, hogy korai szakaszban észleljék és megelőzzék ezeket a korlátokat (Fakiri, Bouwman-Notenboom and Agyemang 2022).

A menekült bevándorlók gyengébb általános egészségi állapotról számolnak be a bevándorlók más csoportjaihoz képest, míg a foglalkoztatási bevándorlók a legjobb általános egészségi állapotról számolnak be (Giuntella és munkatársai 2018).

Emellett kutatók feltárták a kapcsolatot a hosszútávú egészségi állapot és a munkaerő-piaci aktivitás között a különböző bevándorlási motivációkkal rendelkező bevándorlók körében. Azok a menedékkérő bevándorlók, akiknek hosszan tartó betegségük van, nagyobb valószínűséggel számolnak be, hogy ez a feltétel korlátozza a ledolgozható órák számát és a vállalható foglalkoztatás típusát, mint az őshonos munkavállalók. Más bevándorló csoportok esetében ez nem így van. Például a munkavállaló és a tanulni kívánó bevándorlók kevésbé valószínű, hogy beszámolnak arról, milyen tartós egészségkárosodás befolyásolja munkaerő-piaci teljesítményüket, mint az őshonos lakosság. Összességében az eredmények azt sugallják, hogy a bevándorlás okai jelentős hatással vannak az egészségkimenetelre, és azok a tanulmányok, amelyek figyelmen kívül hagyják ezt a heterogenitást, csak részben adnak számot a bevándorlók egészségének alakulásáról (Giuntella és munkatársai 2018).

Számos tanulmány arról számol be, hogy a környezeti tényezők és az életmódbeli változások miatt magasabb az elhízás és a szív- és érrendszeri betegségek előfordulása a migránsok körében. A metabolikus szindróma nagyobb elterjedtségének egyik lehetséges magyarázata a fejlődő országokban megszokott életmódból a nyugati országok életmódjára való gyors átállás. A környezeti tényezők gyors változásai és az életmódbeli változások, mint például a mozgásszegény életmód és a kevésbé egészséges élelmiszerek fogyasztása, rontják a migránsok kardiovaszkuláris profilját. Szintén fontos szerepe van a külföldről érkezett munkavállalók által végzett különösen stresszes munkáknak, beleértve a hosszú műszakokat és az éjszakai műszakokat, amelyek megváltoztathatják a biológiai ciklusokat, például a glükóz- és lipidanyagcserét (Mucci és munkatársai 2019).

A munkakörülmények, az éghajlat, valamint az egyén tervei és személyes elvárásai sok egyéb tényezővel együtt olyan alkoholfogyasztási modellhez vezetnek, amely tükrözheti a származási ország szokásait, vagy akár fokozott alkoholfogyasztással is járhat. A kábítószer-használat és a migráció közötti kapcsolat összetett. Úgy tűnik, hogy többtényezős kapcsolat áll fenn, amelyben biológiai, pszichológiai, kulturális és társadalmi tényezők játszanak közre. Egyes szerzők a veszélyes alkoholfogyasztást a munka típusával társították. Az építőipar és a mezőgazdaság hagyományosan kemény munkakörülményeket kínál, és a munka megkezdése előtt elterjedt alkoholfogyasztás (Mucci és munkatársai 2019).

I. 4 Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele

A bevándorlók fogékonyabbak a szomatikus, érzelmi és mentális egészséggel kapcsolatos problémákra, amelyek a fogadó országban fennálló sebezhetőségükből és kulturális akadályaikból adódnak. A bevándorlók és a helyiek egészségügyi ellátás iránti igényének egyenlősége azonban nem feltétlenül jelenti a felhasználás egyenlőségét, mivel az egészségügyi ellátás előtt különböző láthatatlan akadályok állhatnak.

Az egészségügyi ellátás igénybevitelében mutatkozó különbségek a hozzáférés hiányából vagy a nyelvi akadályokból fakadhatnak. Például, ha a bevándorlók nem ugyanúgy használják az egészségügyi rendszert, mint a helyi lakosság, akkor lehet, hogy eleve nem szereznek tudomást betegségeikről. Ezen kívül a bevándorlókat kisebb valószínűséggel kezelik bizonyos állapotok miatt, hamarabb meghalhatnak, és paradox módon az ő körükben egyes betegségek gyakrabban fordulnak elő, mint az ott élő lakosság körében. Az is lehetséges, hogy az adatok minősége eltérhet a bevándorlók és az őshonos lakosság között. Továbbá kevésbé valószínű, hogy a külföldön születettek megfelelő finanszírozású egészségügyi ellátással és biztosítási fedezettel rendelkeznek, és nem biztos, hogy ismerik az egészségügyi rendszer működését (Kirmayer és munkatársai 2011).

Empirikus kutatás a kelet-európai bevándorlók egészségi állapotáról

Empirikus vizsgálatom alapja két nemzetközi standardizált adatfelvétel: a European Social Survey 9., 2019-ből származó adatfelvétele, valamint a European Quality of Life Survey (EQLS) 2016-os adatai.

Az ESS adatbázisból az önminősített egészségi állapotra és a funkcionális korlátozottságra vonatkozó kérdésekre adott válaszokat használtuk, emellett kiválogattuk azokat, akik nyugat-európai országban élnek és ott is születtek, és azokat, akik nyugat-európai országban élnek, de kelet-európai országban születtek. A kérdőívben megkérdezettek 90,2%-a válaszolt „igen”-nel, és 9,8%-a válaszolt „nem”-mel arra a kérdésre, hogy abban az országban él-e jelenleg ahol született. A végső minta elemszáma 1.426 fő bevándorló és 43.095 fő őshonos lakos.

A mentális egészség (jóllét) vizsgálatához a European Quality of Life Survey (EQLS) 2016-os adataiból dolgoztam. Az eredeti adatbázisból kiválasztottam a nyugat-európai országokat, ezután kialakítottam az ezekben az országokban született népesség részmintáját (15,076 fő), valamint a Kelet-Európában született és oda vándorolt személyek részmintáját (430 fő). Az elemzések során a két részminta adatait hasonlítom össze.

A WHO-5 Általános Jólléti Indexet az Egészségügyi Világszervezet (WHO) útmutatásait követve alakítottam ki. A válaszadóknak az alábbi állításokat kellett 6-fokú skálán megítélni:

„Kérjük, jelölje meg mind az öt állításnál azt, amelyik a legjobban illik arra, hogy hogyan érezte magát az elmúlt két hétben.

1. táblázat: Az 5 tételes WHO Jól-lét Kérdőív (Forrás: saját adatelemzés, EQLS 2016)

Az elmúlt két hét során érezte-e magát	soha	néha	az időnek kevesebb mint felében	az időnek több mint felében	az idő legnagyobb részében	mindig
... vidámnak és jókedvűnek?	0	1	2	3	4	5
... nyugodtnak és ellazultnak?	0	1	2	3	4	5
... aktívnak és élénknek?	0	1	2	3	4	5
... ébredéskor frissnek és élénknek?	0	1	2	3	4	5
A napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal?	0	1	2	3	4	5

1. A jóllétindexet a WHO útmutatásai szerint alakítottam ki: a pontszámokat összeadtam, majd az összeget megszoroztam 4-gyel (WHO 1998, Topp et al. 2015). Az indexpontszámok minimumértéke 0, maximális értéke 100 pont. A magasabb pontszám jobb lelki egészséget mutat.

A minta bemutatása

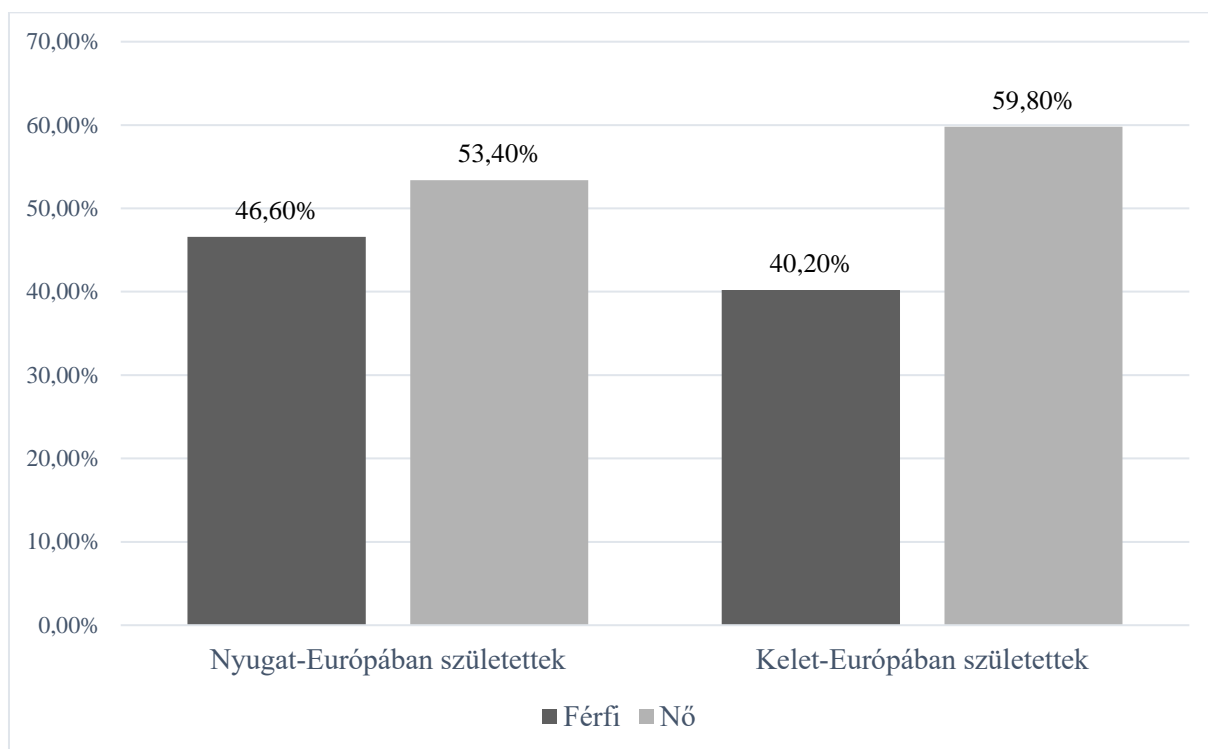
Az önminősített egészségi állapot, valamint a funkcionális korlátozottság vizsgálatához a European Social Survey 2019-ből származó adatait használtam, és a mintát két csoportra osztottam: a Nyugat-Európában születettek és Kelet-Európában születettek csoportjára.

A születési helyre vonatkozó demográfiai kérdésre összesen 44,527 válasz érkezett. Ebből 43,095 Nyugat-Európában született és 1,432 személy Kelet-Európában.

2. táblázat: A mintában szereplők átlagéletkora (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)

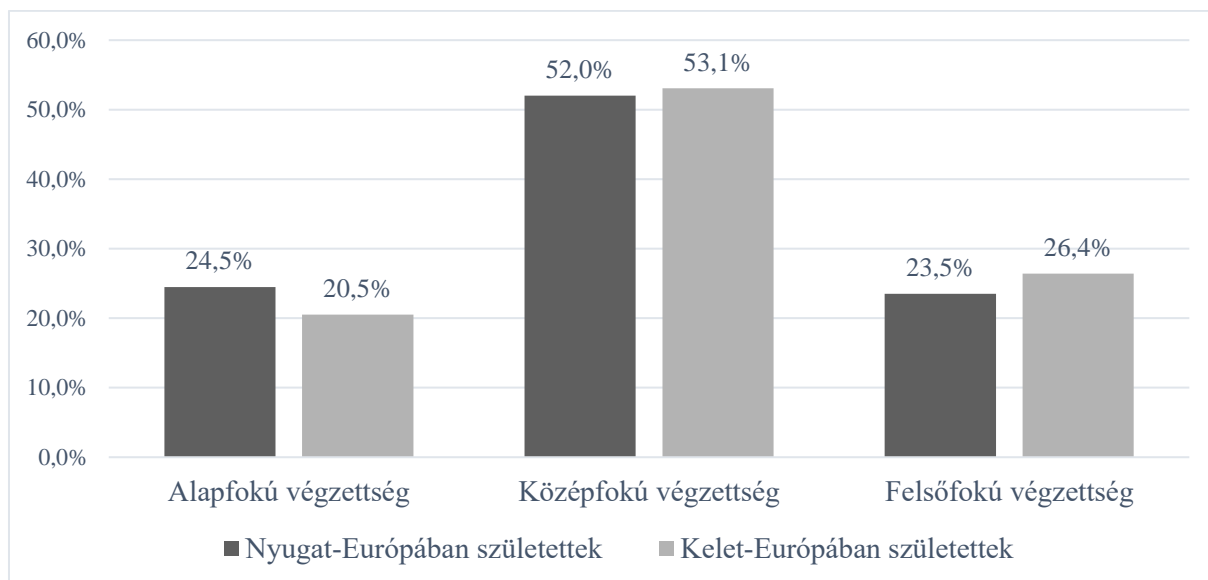
A mintában szereplők átlagéletkora		
	Nyugat-Európában születettek	Kelet-Európában születettek
Mintaelemszám	43,095 fő	1,432 fő
Átlag életkor	51,70 év	56,56 év

1. ábra: A válaszadók nem szerinti eloszlása (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)



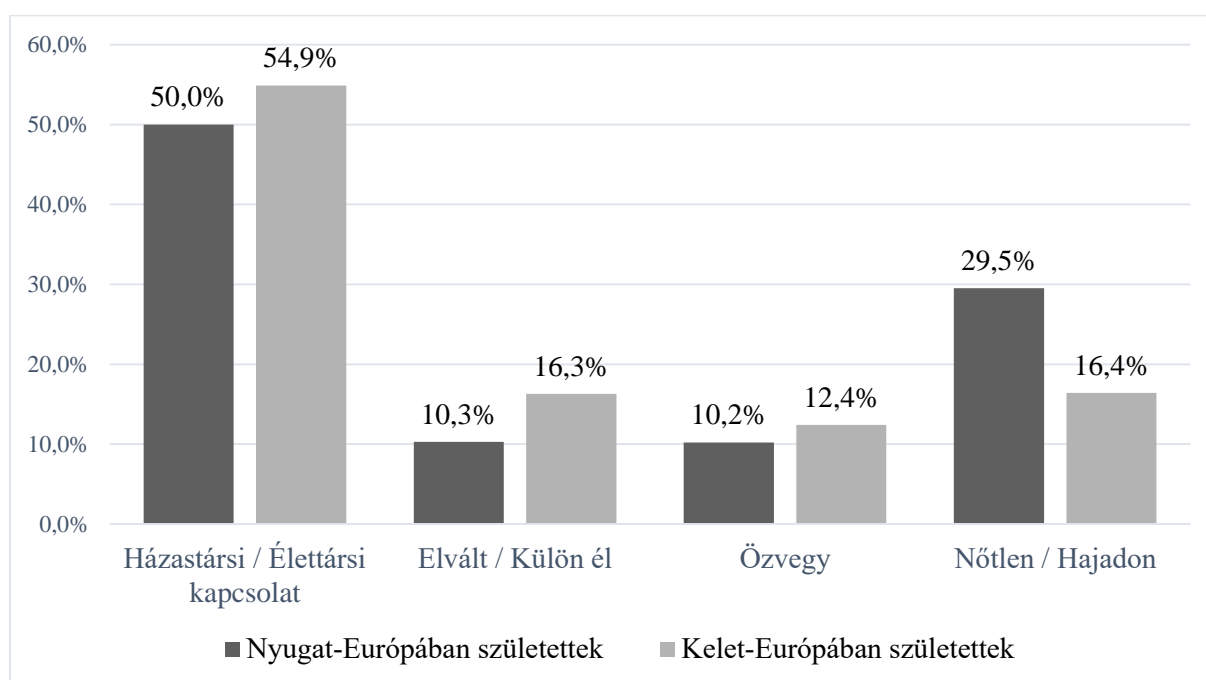
A nyugat-európaiak nem szerinti eloszlása 53,4% nő és 46,6% férfi. A kelet-európaiak esetében a válaszadók 59,8%-uk nő és 40,2%-a férfi, tehát a bevándorolt kelet-európaiak körében magasabb a nők aránya.

2. ábra: A válaszadók legmagasabb iskolai végzettsége (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)



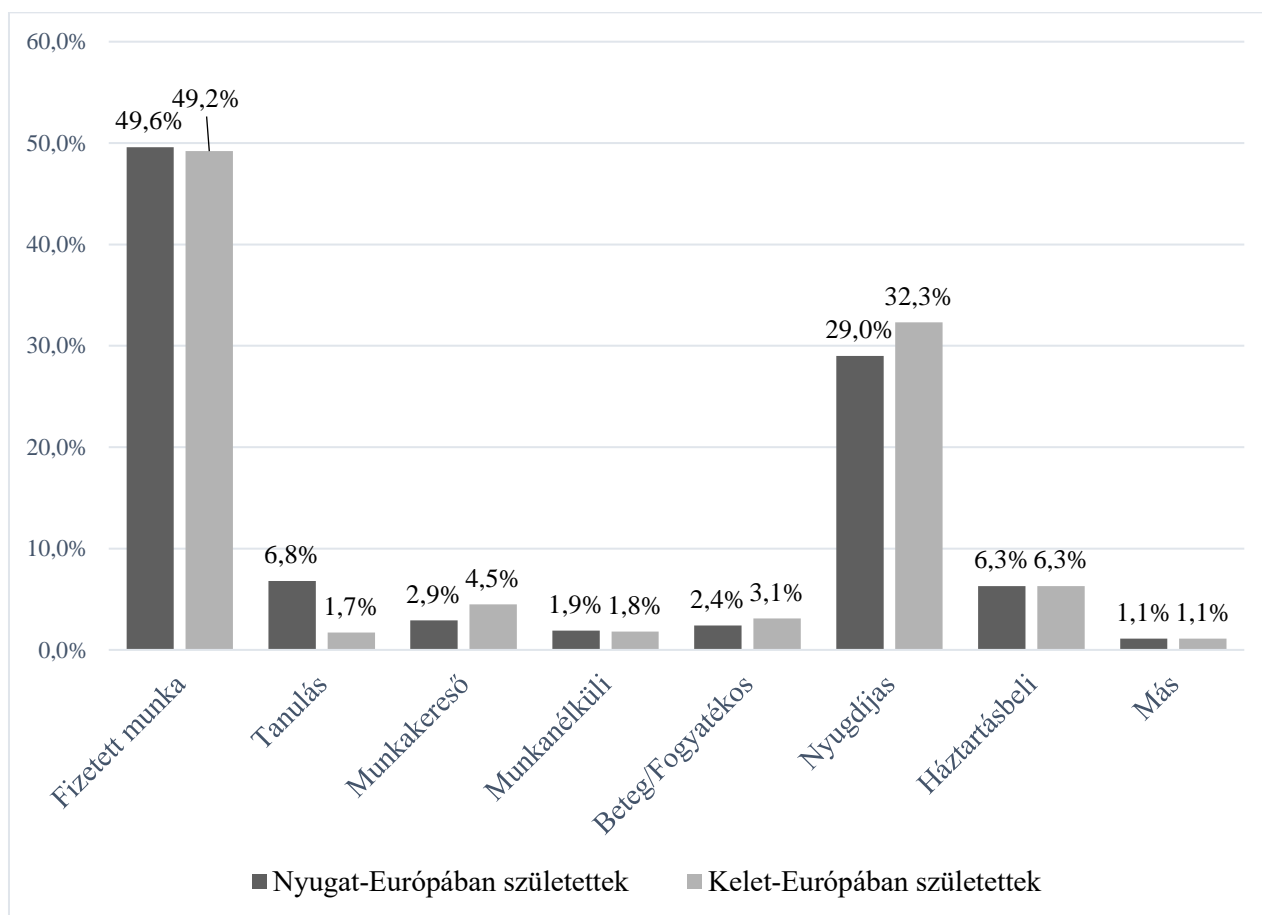
A nyugat-európaiak több mint fele (52,0%) középfokú végzettséggel rendelkezik, míg szinte azonos arányban 24,5% és 23,5% százalék rendelkezik alapfokú és felsőfokú végzettséggel. A kelet-európaiak esetében 53,1%-uk középfokú végzettséggel, 20,5%-uk alapfokú- és 24,6%-uk felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

3. ábra: A válaszadók hivatalos családi állapota (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)



A megkérdezetteknek egy kicsivel több, mint fele házasságban és élettársi kapcsolatban él, mind a nyugat-európai (50,0%), mind a kelet-európai (54,9%) csoportban. A Nyugat-Európában születettek 10,3%-a elvált vagy külön él, 10,2%-a özvegy és 29,5%-a nőtlen/hajadon. A kelet-európaiak 16,3%-a elvált/külön él, 12,4%-a özvegy és 16,4%-a nőtlen vagy hajadon.

4. ábra: A válaszadók főfoglalkozása (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)



A válaszadók szinte fele fizetett munkát végez mindkét csoportban (49,6% nyugat-európai és 49,2% kelet-európai), a Nyugat Európában születettek 29%-a, míg a Kelet-Európában születettek közül 32,3%-uk nyugdíjas és mindkét csoportból 6,3%-uk háztartásbeli. Elenyésző százalékban vannak azok, mind a nyugat-európai, mind a kelet-európai csoportból, akik tanulnak, munkanélküliek és munkát keresnek, vagy nem keresnek, emellett vannak fogyatékos személyek is 2,4% illetve 3,1%-ban.

A European Quality of Life Survey-ből a lelki egészség vizsgálatához felhasznált minta fő jellemzőit az alábbi táblázat tartalmazza.

3. táblázat: A Nyugat-Európában és a Kelet-Európában születettek átlagéletkora (Forrás: saját adatelemzés, EQLS 2016)

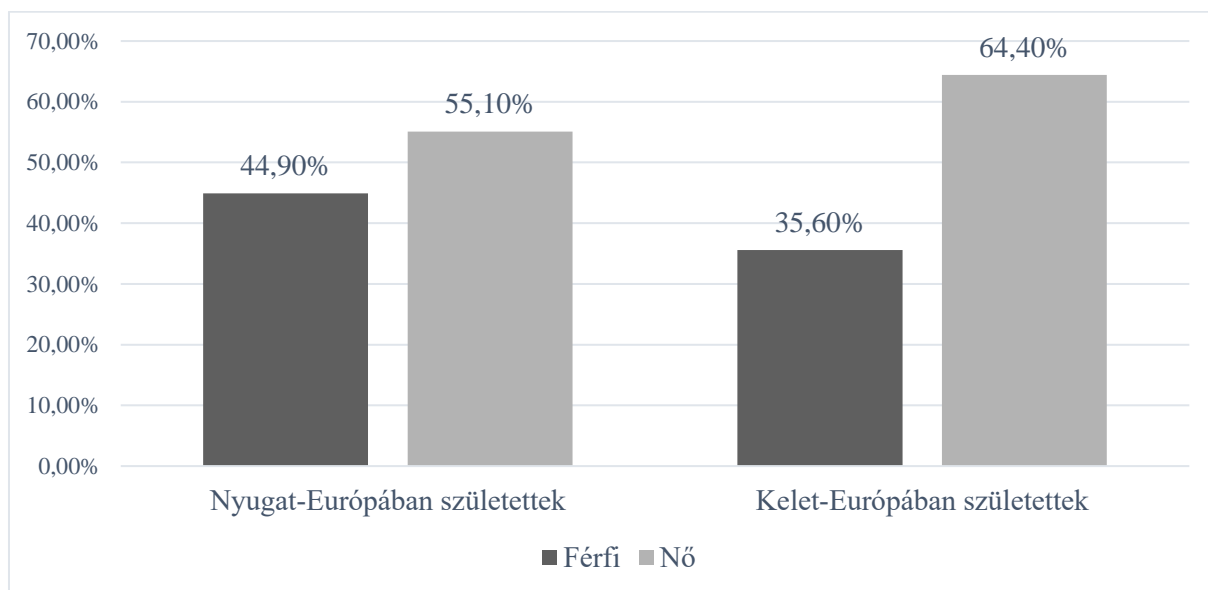
A mintában szereplők átlagéletkora		
	Nyugat-Európában születettek	Kelet-Európában születettek
Mintaelemszám	15,076 fő	430 fő
Átlag életkor	52,17 év	42,64 év

4. táblázat: A Nyugat-Európában és a Kelet-Európában születettek háztartásának átlagos mérete (Forrás: saját adatelemzés, EQLS 2016)

A háztartás mérete (fő)	
Nyugat-Európában születettek	Kelet-Európában születettek
2,3263	2,6256

A két rész minta összehasonlításából kitűnik, hogy a bevándorlók átlagéletkora majdnem tíz évvel alacsonyabb, mint az őshonos lakosságé, emellett a bevándorlók valamivel nagyobb háztartásokban élnek.

5. ábra: A válaszadók nem szerinti eloszlása (Forrás: saját adatelemzés, EQLS 2016)



A nemre vonatkozó demográfiai kérdésre a következő adatok érkeztek: A nyugat-európaiak nem szerinti eloszlása 44,90% férfi és 55,10% nő. A kelet-európaiak esetében a válaszadók 35,60%-a vallotta magát férfinak és 64,40%-a vallotta magát nőnek, azaz sokkal nagyobb közöttük a nők aránya, mint az őshonos népességben.

5. táblázat: A Nyugat-Európában és a Kelet-Európában születettek főfoglalkozása
(Forrás: saját adatelemzés, EQLS 2016)

Fő foglalkozás	Nyugat-Európában születettek	Kelet-Európában születettek
Munkavállaló	48,7%	63,2%
Alkalmazott, gyermekgondozói szabadságon	1,1%	2,3%
Alkalmazott, betegszabadságon	0,6%	0,5%
Nyugdíjas és munkavállaló	1,2%	0,2%
Családi vállalkozásban dolgozó	0,3%	5,5%
Munkanélküli, kevesebb mint 12 hónapja	2,3%	5,0%
Munkanélküli, több mint 12 hónapja	2,9%	1,1%
Betegség miatt nem tud dolgozni	2,2%	1,1%
Nyugdíjas	30,4%	10,0%
Háztartásbeli	5,7%	7,3%
Oktatásban részesül	4,2%	3,9%
Egyéb	0,3%	0,9%

Munkaerőpiaci helyzetüket tekintve a bevándorló népesség nagyobb hányada áll alkalmazásban, és kisebb része nyugdíjas, mint az ott született lakosság, ugyanakkor magasabb közöttük a munkanélküliek és a háztartásbeliek aránya.

Eredmények

Fő kutatási kérdésem arra vonatkozott, milyen a kelet-európai elsőgenerációs bevándorlók egészségi állapota a nyugat-európai országokban született népességéhez képest.

Elsőként keresztábra-elemzéssel hasonlítottam össze a két mintában az önminősített egészségi állapot megoszlását.

6. táblázat: Az egészségi állapot és bevándorló státusz összefüggése. Keresztábra-elemzés, sorszázalékok (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)

Általános önminősített egészségi állapot						
	Nagyon jó	Jó	Közepes	Rossz	Nagyon rossz	Teljes százalék
Nyugat-Európában született	23,1%	41,6%	26,9%	6,9%	1,4%	100%
Kelet-Európában született	17,5%	36,6%	33,4%	10,8%	1,7%	100%
Teljes	22,9%	41,4%	27,1%	7,1%	1,4%	100%
Chi-négyzet	78,799					
Szignifikancia	0,000					

Az ábrán az önminősített egészségi állapotot és a bevándorló státus összefüggését vizsgáltam. A Nyugat-Európában született válaszadók nagyobb arányban vallották azt, hogy nagyon jó, illetve jó az egészségi állapotuk, viszont a közepes, rossz és nagyon rossz válaszlehetőségnél a kelet-európaiak átvették az irányítást. Ebből arra következtethetünk, hogy a kelet európaiaknak rosszabb az önminősített egészségi állapotuk.

7. táblázat: A funkcionális korlátozottság mértéke és bevándorló státus (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)

Funkcionális korlátozottság által hátráltatva van				
	Igen, nagy mértékben	Igen, részben	Nem	Teljes százalék
Nyugat-Európában született	6,2%	20,9%	72,9%	100%
Kelet-Európában született	10,00%	25,7%	64,3%	100%
Teljes minta	6,3%	21,1%	72,6%	100%
Chi-négyzet	60,846			
Szignifikancia	0,000			

Azokat, akik a befogadó országokban születtek, kisebb arányban hátráltatja funkcionális korlátozottság, mint a kelet-európai országokból érkezett elsőgenerációs bevándorlókat. Ez a különbség betudható a migránsok által végzett fizikailag megterhelő munkának (az ún. „3D munkák” piszkosak, veszélyesek és nehezek), olyan fizikai, fárasztó és veszélyes tevékenységeknek, amelyeket monotonitás és nagyon intenzív ritmus jellemez, és amelyek során gyakoribbak a munkabalesetek, ezáltal a fizikai funkcionális sérülése. Emellett a funkcionálisan korlátozott bevándorlók esetében felmerülhet a célország nyelvének nem megfelelő ismerete, ami megnehezíti számukra a munkavállalást, de akár az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét is.

8. táblázat: A WHO-5 Általános Jóléti Index a Nyugat-Európában és a Kelet-Európában születettek körében (Forrás: saját adatelemzés, EQLS 2016)

WHO5 pontszám, 0-100 között			
	Mintaelemszám	Átlag	Szórás
Nyugat-Európában született	15.076	65,0021	20,22921
Kelet-Európában született	430	63,8326	20,42463
t-érték	1,182		
Szignifikancia	0,811		

A nyugat- és kelet-európaiak jólétiindexét vizsgálva azt láthatjuk, hogy a két csoport között átlagosan több mint egy pontnyi különbség van a jólét tekintetében. A kelet-európaiak rosszabb lelki egészséggel rendelkeznek, viszont a magas szignifikanciaszint arról tájékoztat, hogy ez nem olyan különbség, amely alapján általánosítani lehetne.

A két rész minta közötti különbségek magyarázatához néhány olyan tágabb összefüggést igyekszem megvizsgálni, amelyek megvilágíthatják az eltéréseket. Feltételezhetjük, hogy a bevándorlók hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz korlátozott lehet, amint azt a nemzetközi szakirodalom jelentős része kimutatta (Kirmayer és munkatársai 2011).

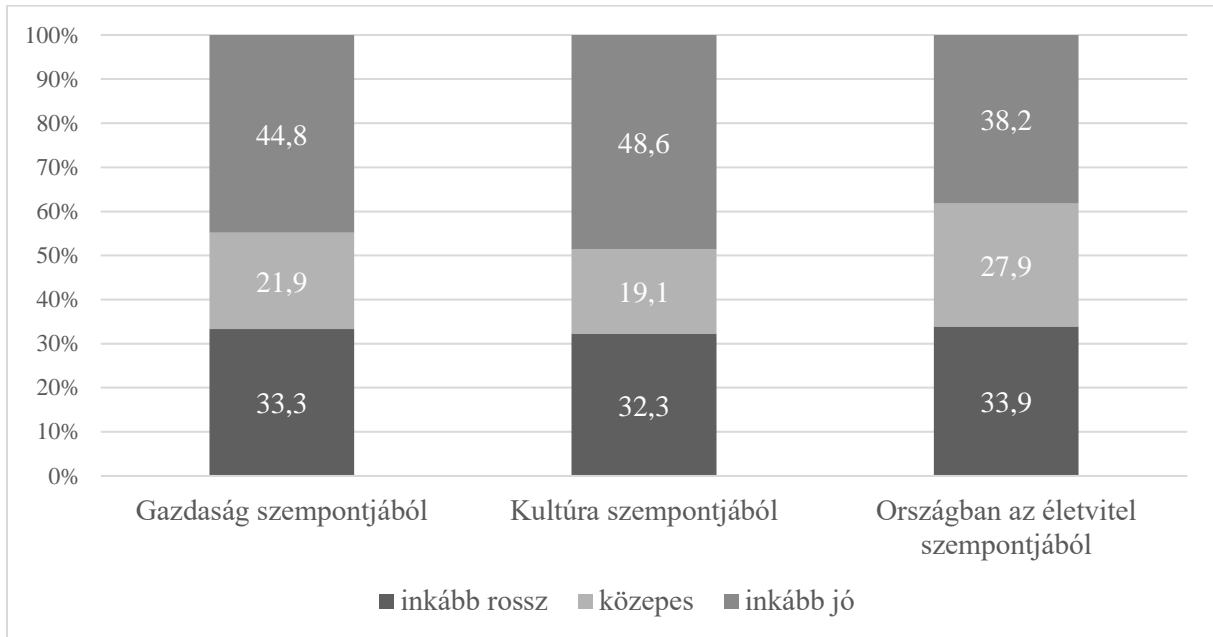
9. táblázat: Az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettség és a bevándorló státus. Skálaátlagok (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)

Az ország egészségügyi szolgáltatásaival való elégedettség (0-10)			
	Átlag (0-10)	Mintaelemszám	Szórás
Nyugat-Európában született	5,45	42.818	2,547
Kelet-Európában született	5,49	1.426	2,721
t-érték	0,567		
Szignifikancia	0,571		

Eredményeim alapján elmondhatjuk, hogy a kelet-európai bevándorlók egészséghátrányát nem az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés különbségei okozhatják. Az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés korlátozottsága bizonyára létezik egyéb bevándorló kategóriák számára, ám a Kelet-Európából kivándoroltakra nem jellemző. Egyéb kutatások is megállapították, hogy néhány bevándorló csoport és a Nyugat-Európában születettek átlagosan szinte egyenlő mértékben vannak megelégedve az országban kapott egészségügyi szolgáltatásokkal (Kirmayer és munkatársai 2011).

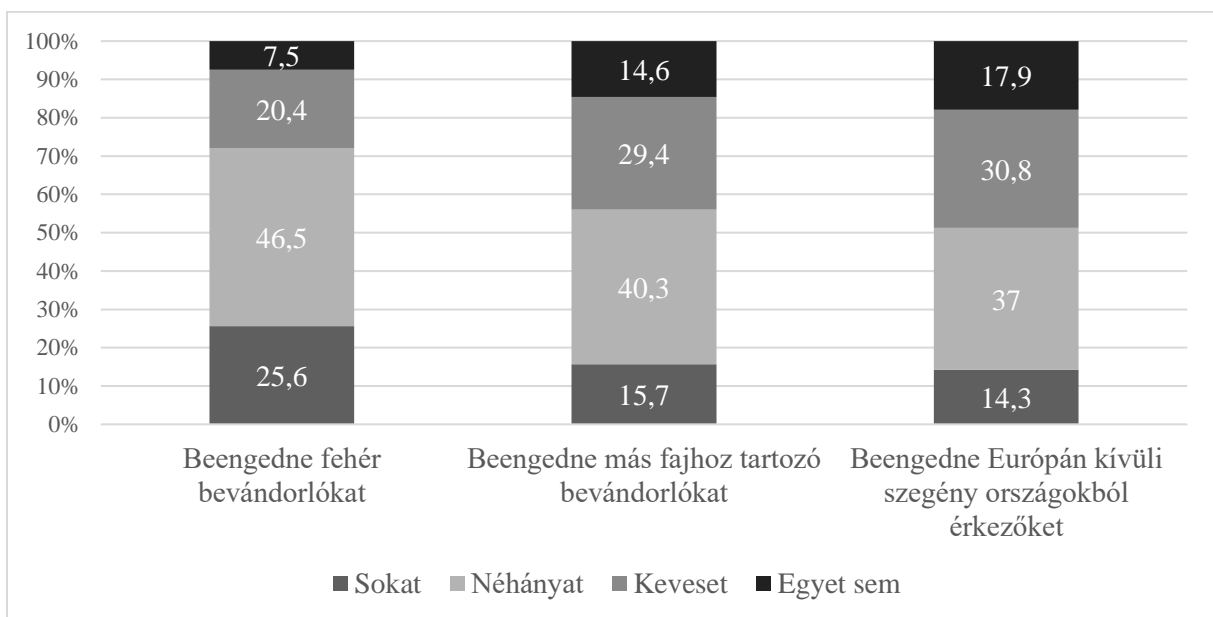
Feltételezhető továbbá, hogy a bevándorlókat diszkrimináció éri a hétköznapi életben, a célországok népessége kirekesztő, de legalábbis nem befogadó magatartást tanúsít, melynek hatása rontja az életminőségüket. Ennek vizsgálatához elemzést végeztem a nyugat-európai népességnek a bevándorlással szembeni attitűdjéről, elkülönítve egymástól több bevándorló kategóriát.

6. ábra: A bevándorlás jelenségének megítélése a nyugat-európai országokban (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)



A befogadó országban élőket kérdezték arról, hogy véleményük szerint a bevándorlók milyen hatással vannak az országra különböző szempontokból. A gazdaság szempontjából a legtöbben (44,8%) inkább kívánatosnak vélik a bevándorlók jelenlétét. A kultúra és az országban az életminőség szempontjából is hasonló a felállás, miszerint a legtöbben inkább jónak gondolják, mint rossznak. Mindhárom kategória esetében a legtöbb válasz inkább jó és inkább rossz kategóriára esett, kevesen helyezkednek el a középzónában. Összességében a bevándorlók jelenlétét a mindennapi élet szempontjából tartják a legkedvezőbbnek.

7. ábra: A bevándorlás megengedhetősége. A nyugat-európai országok népességének véleménye (Forrás: saját adatelemzés, ESS 2019)



A kérdésre válaszolók legmagasabb arányban (46,5%) a fehér bevándorlókat engednék be nagy számban és kevesen válaszoltak úgy, hogy egyet sem (7,5%). Amikor a más fajhoz tartozó bevándorlókról kérdezték őket, akkor a válaszadók már tartózkodóbbak voltak, 15,7%-uk szerint sokat kellene beengedni és 14,6% szerint egyet sem. Az Európán kívüli szegény országokból érkezőkkel szemben még elutasítóbbak voltak, és 17,9% szerint egyet sem kellene beengedni. Mindhárom kategóriában a legtöbb válasz a „csak néhányat engednék be az országba” válaszlehetőségre érkezett. Ebből láthatjuk, hogy a Kelet-Európából érkezett fehér bevándorlókkal szemben elfogadóbbak, ám azoknak még így is meg kell küzdeniük a bevándorlást elutasító csoportok véleményével.

A kelet-európai bevándorlók egészséghátrányát tehát első megközelítésben nem írhatjuk sem az egészségügyi ellátórendszer működésének, sem a befogadó ország népességének elutasító, bevándorló-ellenes nézeteinek számlájára. A jelenség okainak további vizsgálatához a bevándorlók által tapasztalt diszkriminációnak, valamint munkahelyi jellemzőknek a vizsgálatát tervezem.

Összegzés

Az utóbbi évtizedekben a Kelet-Európából történő kivándorlás Nyugat-Európába felerősödött. Kutatásom középpontjában a legfőbb kivándorlási ok, a munkavállalás céljából történő kivándorlás van, melyhez kis esetszámmal hozzáadódhat a délszláv háború okozta menekülés. Emellett a kivándorlás okai közé sorolható a jobb fizetés és a magasabb életszínvonal iránti igény, az önmegvalósítás igénye és az intimitás igénye, a családegyesítés, illetve a rokonok közelsége miatti kivándorlás.

A szakirodalom áttekintést nyújt a jelenkori kivándorlás jellemzőiről, a Kelet-Európából érkezett bevándorlók fizikai és lelki állapotáról, az egészségkockázatokról, az egészségügyi szolgáltatásokkal való kapcsolatáról, illetve említésre kerülnek a bevándorlók által végzett munkatípusok és ezek kockázatai az egészségre nézve.

A szakirodalom abból indul ki, hogy a bevándorlók egészségesek: fiatalok, javarészt férfiak, jó munkaerőben vannak. Mégis azt tapasztaljuk, hogy nem minden kutatás támasztja ezt alá, sőt idővel ez a hatás elhalványul. Van olyan ország, ahol egészségesebbek a bevándorlók, van ahol betegesebbek, és ez attól is függhet, hogy az illető ország mennyire befogadó, mennyire toleráns és mennyire integrálja a bevándorlókat.

A vizsgálatnak egy korlátja, hogy nem rendelkezünk adatokkal abból az időszakból, amikor a bevándorlók megérkeztek a célországokba. Csak a mostani helyzetet tudjuk összehasonlítani, de arról viszont azt tudjuk mondani, hogy a bevándorlók egészségi állapota rosszabb, tehát az “egészséges bevándorló hatást” az adataink nem támasztják alá. Ennek az okát keresve két tényezőt tudtunk vizsgálni az adatbázis segítségével: elsőként azt, hogy az illető ország egészségügyi ellátórendszeréről milyen véleménnyel vannak a válaszadók. Feltételezhetjük és a szakirodalomban is van rá utalás, hogy diszkrimináció érheti a bevándorlókat az egészségügyi ellátásba és ebből adódna a különbség. Azonban az egészségügyi rendszerrel való elégedettség egyforma a két csoportban. Tehát az egészségi állapot különbsége valószínűleg nem az egészségügyi rendszerben tapasztalt hátrányos megkülönböztetésből fakad. Másodsorban az általános közvélekedést vizsgáltuk a bevándorlókkal kapcsolatban, amely a kelet-európai bevándorlókkal szemben viszonylag

megengedő. Ezek fényében a bevándorlók egészségi állapotbeli hátrányának okait részletesebb elemzéssel tárhatjuk fel. E mélyebb megvilágításához sok tényezőt figyelembe vevő elemzésekre van szükség.

Irodalomjegyzék

European Quality of Life Survey (2016). <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys> Utolsó megtekintés dátuma: 2022.05.15.

European Social Survey (2019). <https://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html> Utolsó megtekintés dátuma: 2022.05.06.

Fakiri F.; Bouwman-Notenboom J.; Agyemang C. (2022): Ethnic differences in functional limitations: a comparison of older migrants and native Dutch older population, *Eur J Public Health*, 32(2):214-219. o.

Giuntella O. (2017): Why does the health of Mexican immigrants deteriorate? New evidence from linked birth records. *Journal of Health Economics*, Vol. 54, 1-16.

Giuntella O. és mtsai. (2018): Reason for immigration and immigrants' health, *Public Health* 1-8.

Ionescu I. (2008): Migrația românilor în Uniunea Europeană, *Revista de cercetare și intervenție socială*, Volumul 23.

Kirmayer J. és mtsai. (2011): Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care, *Canadian Guidelines for Immigrant Health*, 183 (12).

Malmusi D. (2014): Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 2, 293–299.

Malmusi D. és mtsai. (2017): Social and political determinants of inequalities in depression by immigrant status in Europe. 8th European Public Health Conference: Parallel Sessions.

Meertens V.; Scheepers P. ; Tax B. (2003): Depressive symptoms in the Netherlands 1975–1996: a theoretical framework and an empirical analysis of socio-demographic characteristics, gender differences and changes over time. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 25 No. 2, pp. 208–231.

Mucci N. és mtsai. (2019): Migrant Workers and Physical Health: An Umbrella Review. *Sustainability*, 11, 232.

Moullan Y.; Jusot F. (2014): Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *European Journal of Public Health*, Vol. 24, Supplement 1, 80–86.

Ronda E. és mtsai. (2016): A qualitative exploration of the impact of the economic recession in Spain on working, living and health conditions: Reflections based on immigrant workers' experiences. *Health Expect*, 2, 416–426.

Sántha Ágnes (2021): A jobb élet ára. A kelet-európai bevándorlók és az őshonos lakosság lelki egészsége a nyugat-európai országokban. *Kortárs kihívások és megoldások a közegészségügyben*, 25-39. o.

Steffen R. P.; Bowden M. (2006) Sleep disturbance mediates the relationship between perceived racism and depressive symptoms. *Ethnicity & disease*, Volume 16, 16-21.

Topp C.W.; Østergaard S.D.; Søndergaard S.; & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

Visser A. M.; El Fakiri F. (2016): The prevalence and impact of risk factors for ethnic differences in loneliness. *The European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 6, 977–983.

WHO. (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

Patológia szerepe a korszerű orvoslásban

Jakucska Szabolcs Bálint

¹ 10.C gyakorló ápolói technikum, Nyíregyházi Szakképzési Centrum, Zay Anna Technikum és Kollégium, Nyíregyháza, Család utca 11.

INFO	ABSTRACT
<p data-bbox="199 504 435 528">Jakucska Szabolcs Bálint</p> <hr/> <p data-bbox="199 566 320 595">Keywords</p> <p data-bbox="199 600 391 719">Pathology healing modern medicine diagnosis</p>	<p data-bbox="576 504 927 533">Pathology in modern medicine</p> <p data-bbox="576 566 1394 658">Pathology, the fundamental root of modern medicine, is essential to modern medicine. I consider pathology to be one of the most interesting departments because it covers a wide range of specialties.</p> <p data-bbox="576 663 1394 902">It deals with structural and functional changes in diseased cells, tissues and organs. In the beginning, its most important task was dissection, but today's pathology is far from being pathology. This change came in the 1930s with the advent of the examination of living tissue material, which allowed the pathologist to greatly assist the treating physician in making a diagnosis. The word 'pathology' also refers to the general study of disease, which encompasses a wide range of biological research areas and medical practices.</p> <p data-bbox="576 907 1394 1055">The aim of my thesis was to assess the relevance of pathology in 21st century medicine, and what possible treatment errors can be discovered during an autopsy (autopsy) and how this will affect the treatment given. I also wanted to investigate how much the autopsy has increased in relation to mortality rates over time.</p> <p data-bbox="576 1059 1394 1209">In my research, I have developed literature data that statistically show the work done in the pathology department and its significance. Autopsy will always be one of the leading methods to maintain good quality of patient care and to ensure evidence-based professional development of the health care system.</p>
<p data-bbox="199 1238 347 1267">Kulcsszavak</p> <p data-bbox="199 1272 391 1391">Patológia gyógyítás korszerű orvoslás diagnózis</p>	<p data-bbox="576 1238 699 1267">Absztrakt:</p> <p data-bbox="576 1272 1394 1942">A patológia, a mai orvostudomány alapvető gyökerének mondható, nélkülözhetetlen a modern orvoslásban. Az egyik legérdekesebb osztálynak tartom a patológiát mivel széles szakterületet foglal magába. Ez a tudományág a beteg sejtek, szövetek és szervek szerkezeti és funkcionális változásaival foglalkozik. Kezdetben a legfontosabb feladata a boncolás volt, azonban a mai patológia már korántsem egyenlő a kórbonctannal. Ez a változás az 1930-as években következett be, amikor elindultak az élőből vett szövettani anyagok vizsgálatai, amellyel a patológus nagy segítséget tudott nyújtani a beteget kezelő orvosnak a diagnózis felállításában. A patológia szó a betegségek általános tanulmányozására is utal, amely a biológiai kutatási területek és az orvosi gyakorlatok széles körét foglalja magában. Dolgozatom célja az volt, hogy felmérjem a patológia jelentőségét XXI. századi orvoslásban, valamint, hogy milyen lehetséges kezelési hibákat tudnak felfedezni egy autopsya (boncolás) alatt, és ez milyen hatással lesz az adott kezelésekre. Szerettem volna megvizsgálni azt is, hogy mennyivel nőtt a halálozási számokhoz mért boncolás az adott időintervallumokban. Kutatómunkám során szakirodalmi adatokat dolgoztam fel, amelyek statisztikai adatokkal mutatják, a patológiai osztályon történő munkákat és azoknak jelentőségeit. A boncolás mindig az egyik vezető módszere lesz a betegellátás jó minőségének fenntartásában, illetve biztosítani fogja az egészségügyi ellátórendszer bizonyítékokon alapuló szakmai fejlődését.</p>

Bevezetés

A patológia, a mai orvostudomány alapvető gyökerének mondható, nélkülözhetetlen a modern orvoslásban.

Ez a tudományág a beteg sejtek, szövetek és szervek szerkezeti és funkcionális változásaival foglalkozik. Kezdetben a legfontosabb feladata a boncolás volt, azonban a mai patológia már korántsem egyenlő a kórbonctannal. Ez a változás az 1930-as években következett be, amikor elindultak az élőlőből vett szövettani anyagok vizsgálatai, amellyel a patológus nagy segítséget tudott nyújtani a beteget kezelő orvosnak a diagnózis felállításában. A patológia szó a betegségek általános tanulmányozására is utal, amely a biológiai kutatási területek és az orvosi gyakorlatok széles körét foglalja magában. A modern orvosi kezelésekkel összefüggésben azonban a kifejezést gyakran szűkebb értelemben használják, olyan folyamatokra és vizsgálatokra utalva, amelyek a kortárs orvosi "általános patológia" területéhez tartoznak, amely terület számos különböző, de egymással összefüggő orvosi szakterületet foglal magában, amelyek a betegségeket diagnosztizálják, többnyire szövet-, sejt- és testfolyadékminták elemzésével.

Elméleti háttér

A patológia, mint általános vizsgálati és kutatási terület, a betegségek összetevőivel foglalkozik: a betegségek okával, kialakulásának mechanizmusaival, a sejtek szerkezeti elváltozásaival és a változások következményeivel. Az általános orvosi gyakorlatban az általános patológia többnyire olyan ismert klinikai rendellenességek elemzésével foglalkozik, amelyek mind a fertőző, mind a nem fertőző betegségek markerei vagy előjelei, és két fő szakterület, az anatómiai patológia és a klinikai patológia egyikének szakértői végzik. További szakterületi felosztások léteznek az érintett mintatípusok, szervek és élettani rendszerek, valamint a vizsgálat fókusza alapján.

A *modern patológia*, mint önálló kutatási terület a 19. században kezdett kialakulni a betegségeket tanulmányozó természetfilozófusok és orvosok, valamint az általuk „patológiai anatómiának” vagy „kóros anatómiának” nevezett informális tanulmányozás révén. A patológia, mint hivatalos szakterület azonban csak a 19. század végén és a 20. század elején, a mikrobiológia részletes tanulmányozásának megjelenésével fejlődött ki teljesen. A 19. században az orvosok kezdték megérteni, hogy a betegségeket okozó kórokozók vagy „baktériumok” léteznek, és képesek szaporodni, felváltva ezzel a korábbi, a humorokban vagy akár a lelki tényezőkben való hitet, amely az előző 1500 év nagy részében dominált az európai orvoslásban. A kórokozók új megértésével az orvosok elkezdték összehasonlítani az egyik kórokozó tüneteinek jellemzőit, ahogyan azok egy érintett egyénen belül kialakultak, egy másik kórokozó jellemzőivel és tüneteivel. Ez a megközelítés vezetett ahhoz az alapvető megértéshez, hogy a betegségek képesek önmagukat szaporítani, és hogy számos mélyreható és változatos hatást gyakorolhatnak az emberi gazdaszervezetre. A betegségek okainak meghatározásához az orvosszakértők a korokban leggyakoribb és legszélesebb körben elfogadott feltételezéseket vagy tüneteket használták, ez a megközelítés általános elve a modern orvostudományban is fennmaradt.

Az általános patológia, a patológia modern gyakorlata a biológiai kutatás és az orvosi gyakorlat elkülönülő, de egymással mélyen összefüggő céljain belül számos részterületre oszlik. A betegségek biológiai kutatása az élettudományok legkülönbözőbb szakembereinek munkáját foglalja magába.

A *citopatológia*, a patológia azon ága, amely a betegségeket sejtszinten vizsgálja és diagnosztizálja. Általában a rák diagnózisának segítésére használják, de segít bizonyos fertőző betegségek és más gyulladásos állapotok, valamint pajzsmirigy elváltozások, steril testüregeket érintő betegségek és számos más testtájék diagnózisában is. A citopatológiát általában szabad sejtekből vagy szövetdarabokból vett mintákon alkalmazzák.

A *törvényszéki (igazságügyi) patológia*, a halál okának megállapítására összpontosít, a holttest vagy részleges maradványok boncolás utáni vizsgálata révén. A boncolást általában halottkém vagy orvosszakértő végzi, bűnügyi nyomozás során. Ebben a szerepkörben a halottkémekeket és az orvosszakértőket felkérlik arra is, hogy erősítsék meg a holttest személyazonosságát. A halál megállapítására használt módszerek közé tartozik a szövetminták vizsgálata, a természetes betegségek és egyéb mikroszkópos leletek jelenlétének, vagy hiányának megállapítása érdekében, a toxikológiai értelmezések a testszöveteken és -folyadékokon a túladagolás, mérgezés vagy egyéb, mérgező anyagokkal kapcsolatos esetek kémiai okának megállapítása érdekében, valamint a fizikai traumák vizsgálata. Az igazságügyi patológia az igazságügyi orvostudomány transzdiszciplináris területének egyik fő alkotóeleme.

A *hisztopatológia*, az emberi szövetek különböző formáinak mikroszkópos vizsgálatára utal. A klinikai orvostudományban a szövettan a biopsziás vagy sebészeti minta patológus általi vizsgálatát jelenti, miután a mintát feldolgozták és a szövettani metszeteket üveglemezre helyezték. A szövetek szövettani vizsgálata műtéttel, biopsziával vagy boncolással kezdődik. A szöveteket eltávolítják a szervezet testéből, majd olyan fixálószerbe helyezik, amely stabilizálja a szöveteket a bomlás megakadályozása érdekében. A leggyakoribb fixálószer a formalin, bár a fagyasztott metszetek rögzítése is gyakori. A hisztokémia a laboratóriumi vegyszerek és a szövetben lévő komponensek közötti kémiai reakciókat alkalmazó tudományra utal. A rák esetében ez jelenti a legtöbb kezelési protokollhoz szükséges szöveti diagnózist.

Minden olyan szövetet, amit orvosi eljárás során távolítanak el, a patológus vizsgál meg. A napi rutintevékenység legnagyobb részét a szövettani diagnosztika, a manuális vagy endoszkópos szakmát művelők által küldött biopsziás vagy műtéti preparátumok leletezése alkotja. Ez, a mindennapos szövettani diagnosztika számos kiegészítő vizsgálómódszert is magában foglal, mint például a különleges festési eljárásokat és az immunhisztokémiai vizsgálatokat. Ezek ma nélkülözhetetlen kiegészítői a patológia eszköztárának, melyek többek között a differenciáldiagnosztikai kérdések eldöntését, kórokozók diagnosztizálását, daganatok tipizálását, tumorok prognosztizálását, a minél inkább testre szabható kezeléseket tervezését teszik lehetővé.

A daganatos betegek kezelése szempontjából döntő szava van a patológusoknak, hiszen a szövettani mintákat nem csak önmagukban értékelik, hanem a korábbi vizsgálatokat, valamint

a beteg egyéni kórtörténetét is figyelembe veszik, amelyek együttesen adják a célzott terápia alapját.

Anyag és módszer

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jósa András Oktatókórház könyvtárába kezdtem el a kutatást, valamint on-line elérhető egészségügyi adatbázis adatait pl:KSH, OEP, (TEA), használtam fel.

Kutatás célja:

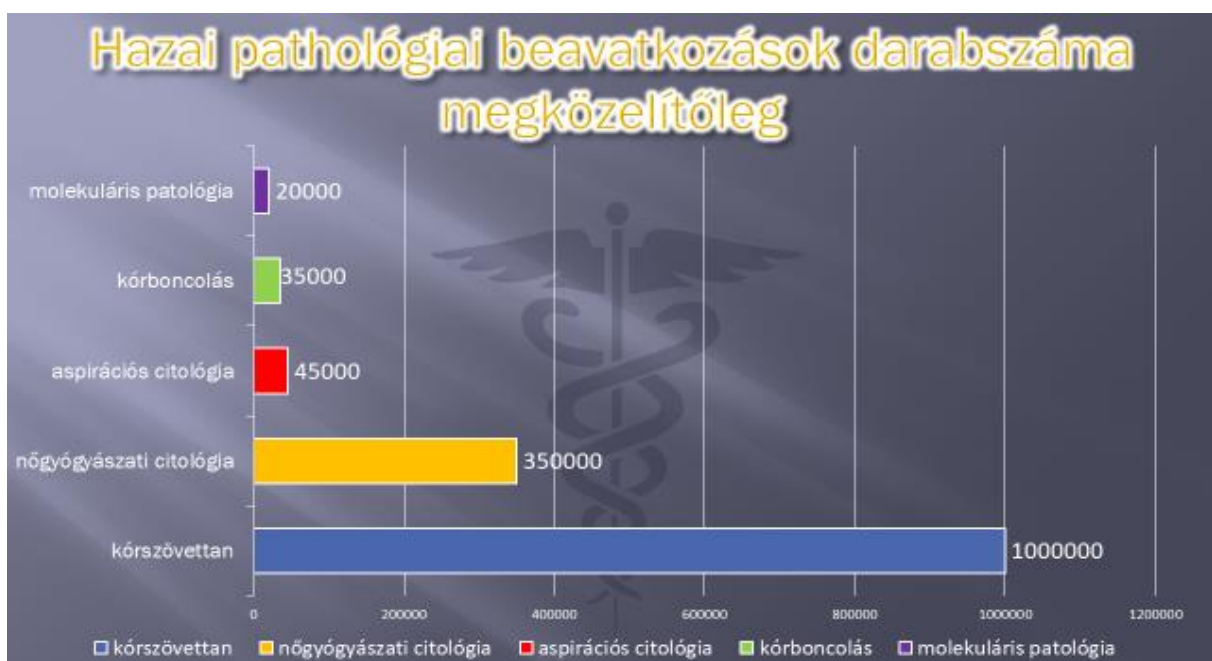
1. Felmérni a patológia jelentőségét XXI. századi orvoslásban.
2. Felmérni, hogy milyen lehetséges kezelési hibákat tudnak felfedezni egy autopsya (boncolás) alatt, és ez milyen hatással lesz az adott kezelésekre.
3. Felmérni, hogy mennyivel nőtt a halálozási számokhoz mért boncolás az adott időintervallumokban.

Eredmények

A kórszövettani vizsgálat a legtöbbször elvégzett vizsgálat, ez éves szinten megközelítőleg 1milliót jelent, ezt követi a nőgyógyászati citológia, aspirációs citológia, a kórboncolás és végezetül a molekuláris patológia, amiből csak kb. 20 ezer beavatkozást könyvelnek évente (1. ábra).

A kórboncolások szükségességét igazolják azok az adatok is, amelyek nagyobb anyagon a klinikai és kórbonctani diagnózis összehasonlításával nyerhetők. Így például többes hazai igazságügyi orvostani anyagon közel 18 %-ban volt eltérés a klinikai és patológiai diagnózis között. Bármennyit javult is a képalkotó diagnosztika, és a labordiagnosztika, a tévedések aránya alig csökkent. Sajnos ennek megítélésére, a klinikai betegellátás minőségének megállapítására egyre kevesebb az esély, mert a kórboncolások száma fokozatosan és folyamatosan csökken.

1.ábra: A patológiai beavatkozások típus szerinti megoszlása hazánkban



Az 2017 és a 2020 közötti időszak halálozási és boncolási éves mutatószámokat vizsgáltam az idő függvényében. Négy év halálozási és boncolási adatát hasonlítottam össze. A 2017 és 2019 közötti három évben nagyobb eltérés, sem a halálozás sem a boncolási adatok elemzésekor nem észlelhető. Minimális csökkenés látható a 2019-es adatokat vizsgálva, mind a halálozás, mind az elvégzett boncolási arányszámban. Nagyobb változás figyelhető meg a két mutató összehasonlítása kapcsán a 2020-évi adat tekintve. 2020-ban meghaladta a halálozások száma a 141 ezret míg a boncolások száma ehhez képest csupán 21%- volt (2. ábra).

2. ábra: Halálozások és az elvégzett boncolások száma 2017 és 2020 között



A 2019-es és 2020-as halálozási, boncolási statisztikákat hasonlítom össze régió és területi megoszlásban. Ahogy láthatjuk a 3. ábrán, az országos halálozás 2019-ben 129 603 fő, 2020-ban pedig 141 002 fő, amiből arra következtethetünk, hogy a halálozás 8%-kal megnövekedett. Ha megnézzük, hogy a halál okának ki és milyen formában állapította meg, láthatjuk, hogy 2019-ben a 129603 halottból 45576-nak az okát állapították meg boncolási beavatkozás révén, ez az összes halálozásnak a 35%-a, ugyanez 2020-ban 141002 halottból mindössze csak a 22%-os arányszámmal látható, vagyis 31003 betegnél állapították meg a halál okát boncolásokkal. A többi halott halálának okát kezelőorvosok és egyéb orvosok állapították meg (1. táblázat).

1. táblázat: A halál okának megállapítása Magyarországon (2019, 2020)

Halálozási és boncolási adatok összehasonlítása Magyarországon								
2019					2020			
A halál okának megállapítója					A halál okának megállapítója			
Régió	Mindösszesen halálozás	Boncolás	Kezelőorvos	Orvos	Mindösszesen halálozás	Boncolás	Kezelőorvos	Orvos
Országos	129603	45576 (35%)	29160	54867	141002 (+8%)	31003 (22%)	37030	72969
Közép-Magyarország (Budapest, Pest)	35756	14974	5951	14831	38755	10964	7768	20023
Budapest (Budapest)	21058	9203	3573	8282	22744	6746	4541	11457
Pest (Pest)	14698	5771	2378	6549	16011	4218	3227	8566
Dunántúl (Közép-Dunántúl, Nyugat-Dunántúl, Dél-Dunántúl)	39587	10661	9978	18948	43379	6682	13218	23479

Célunk volt, hogy megvizsgáljuk Szabolcs-Szatmár-Bereg megye adatait, ahol 2019-ben a 6670 halottból 1686-ot boncoltak, ami az esetek 25%-a. 2020-ban a halálozás 12%-kal növekedett 2019-es évi adatokhoz képest, a halálozási mutató 7720 fő volt. A halál okának megállapítása, boncolás útján 2020-ban csupán 1289 fő (16,7%) esetében volt igazolva, ami az előző évekhez képest egy drasztikus - közel 10%-os- csökkenést jelez (2. táblázat).

Megfigyelhető a boncolásoknak a csökkenése országos és megyei viszonylatban, illetve a halálozásoknak a növekedése is (1-2. táblázat), melynek háttérében nagy valószínűséggel a koronavírus járvány miatti halálozás növekedés áll.

2. táblázat: A halál okának megállapítása megyei területi megoszlásban

2019 és 2020-között

Halálozási és boncolási adatok összehasonlítása megyénkbe								
2019					2020			
A halál okának megállapítója					A halál okának megállapítója			
Régió	Mindösszesen halálozás	Boncolás	Kezelőorvos	Orvos	Mindösszesen halálozás	Boncolás	Kezelőorvos	Orvos
Országos	129603	45576 (35%)	29160	54867	141002 (+8%)	31003 (22%)	37030	72969
Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	19095	6390	5255	7450	20814	4638	6662	9554
Hajdú-Bihar megye	6716	2315	1187	3214	7021	1573	1222	4226
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	6670	1686 (25,28%)	2532	2452	7720 (+12%)	1289 (16,7%)	3326	3105
Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megye)	16927	7748	4364	4815	18354	4607	4743	9004

Összegzés, következtetés

Az egész világon megfigyelhető morfológiai oktatási szemlélet háttérbe szorulásának első, negatív jeleiről már számos cikket olvashattunk. Jóllehet, az anatómiai oktatásról szóló tanulmányok nagy része csak személyes tapasztalatokon alapul, a boncolások háttérbe szorítását számos új (drága) technika alkalmazása és annak promótálása is elősegíti.

Az elmúlt két évtizedben nagy változásokon ment keresztül a kórszövettani diagnosztika. Megfigyelhető és tapasztalható a technológia korszerűsödése, az informatika eredményeinek beépülése, valamint a molekuláris medicina kifejlődése, melyhez a már dolgozó, de a leendő szakembereknek is alkalmazkodni és tudást bővíteni szükséges a hatékony és eredményes munkavégzést célozva.

A patológia a diagnosztikus kórszövettanon túl, mára további ágakkal gyarapodott. A betegségek kimenetelét, és a terápiás célpontokat meghatározó aktív szereplője az orvoslásnak. A patológus már egyáltalán nem csak a halottak kórboncolásában vesz részt, hanem egyre inkább a korszerű betegellátó tevékenység szereplője, a betegség diagnózisának felállításától annak kezelésén át.

Felhasznált irodalom

Balázs M. – Vízkeleti L. – Ecsedi Sz. et al. (2015): Hazai melanomakutatások: reményt keltő eredmények egy korábban reménytelen daganatban. Magyar Onkológia, 59, 4, 275–281.téblázat

Kereszty Éva Margit: A halottakra vonatkozó betegjogi szabályozás és ennek problémái a magyar jogban. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Igazságügyi Orvostani Intézet, Szeged

Robbins: Basic Pathology (Robbins Pathology) 10. kiadás

Internetes források

1. <https://pathleaders.org/wp-content/uploads/2020/04/pathology.jpg>
2. <https://klinikaikozpont.unideb.hu/hu/szovettan-patologia>
3. <https://www.hsppl.com/Images/PathologySevices/histopathology.jpg>
4. <https://lh3.googleusercontent.com/proxy/115YQEqTe28K3oVksq83e1uBWicBGSSaj16cQuKWFF7fwFiurjBae4hofR-jSvvpKJHz-tdApeVWsQZ79MPmG6QpR3A>
5. <https://lh3.googleusercontent.com/proxy/WAy7qBg73LpqpymJ6-Txx86C5ovy4l6Cx-BQ5il-7SYviMgKENDPRHF8veuT3JVzR0LwYzvfV7CKqmi7U8tE6m4ZoVsfASEtF0J329R1Tpje8fmfChw0znIqagn-WNqyssBfK78rQLcYe8wj22kPuwgg>
6. <https://hu.wikipedia.org/wiki/Patol%C3%B3gia>
7. https://www.hazipatika.com/eletmod/tudomanyos_erdekessegek/cikkek/mit_csinal_a_patologus/20161213115141
8. <https://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/4295/patologia-es-ami-mogotte-van>
9. <https://www.webbeteg.hu/cikkek/szovettan/19728/milyen-informaciok-talalhatóak-a-patologiai-leleten>
10. <https://klinikaikozpont.unideb.hu/sites/default/files/gyorsf.png>

11. <https://klinikaikozpont.unideb.hu/sites/default/files/agyazogep2.jpg>
12. https://klinikaikozpont.unideb.hu/sites/default/files/gep1_kek_0.jpg
13. https://klinikaikozpont.unideb.hu/sites/default/files/hydr_ceplan.jpg
14. https://www.hazipatika.com/napi_egeszseg/orvosnal/cikkek/jol_keresnek_a_boncolassal_a_korhazak/20170412132815illettehttp://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/a_boncolasok_aranya_a_hazai_korhazakban

Várandósok egészségmagatartása és sportolási szokásai

Kincses Dorottya¹, Molnárné Grestyák Anita Katalin²,

¹ IV. ÉVF., szülésznő hallgató, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolási és Szülésznői nem önálló Tanszék, 4400 Nyíregyháza Sóstói út 2-4.

² tanársegéd, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolási és Szülésznői nem önálló Tanszék, 4400 Nyíregyháza Sóstói út 2-4.

INFO

Kincses Dorottya

dorottyakincses@gmail.com

Keywords

pregnant woman,
health behavior,
sports,
physical activity

ABSTRACT

Health behavior of pregnant women and sports habits.

Some pregnant women lead an active lifestyle during their pregnancy, while others do not start or continue to exercise for various reasons. Exercise has no detrimental effects during a stable pregnancy without contraindications, but there are contraindications to health that require proper supervision, control, or a total ban on exercise. In the course of my research, my goal was to assess what inhibitory factors induce negative feelings in expectant mothers and the extent to which they are informed about exercise during pregnancy. My goal was to assess how much the sporting habits of pregnant women who exercised before pregnancy were changing. I wanted to assess the habits and knowledge of pregnant women about sports. I conducted my research using an online questionnaire, among pregnant women over the age of 18 from December 2021 to February 2022. A total of 102 evaluable questionnaires were returned. Based on the results obtained, it can be said that 67.6% of pregnant women did not play sports at the time of the response, who performed some regular exercise, most of them only once or twice a week. Lack of time was most often cited as the cause of their sedentary lifestyle (34.3%). My research has shown that a significant proportion of expectant mothers treat sports during pregnancy with reservations, although it has been shown that an active lifestyle that requires moderate physical exertion during pregnancy has many benefits for both the mother and the fetus. For this reason, I believe that it is essential to provide pregnant women with adequate information about their competences and to describe sports opportunities in terms of their health, as well as information about nutrients and weight gain. By presenting the results of the research, I would like to draw the attention of expectant mothers to the importance and benefits of regular physical activity.

Kulcsszavak

várandós,
egészségmagatartás, sport,
fizikai aktivitás

Absztrakt:

A várandósok egy része aktív életmódot folytat a terhessége idején, mások különböző okok miatt el sem kezdik, vagy nem folytatják az addig végzett mozgástevékenységet. Stabil, rizikómentes várandósság során a testedzésnek nincs káros következménye, ám vannak olyan egészségi állapotból fakadó ellenjavallatok, amelyek kellő felügyeletet, kontrollt igényelnek, vagy teljes tilalmat követelnek meg a sportolás tekintetében. Kutatásom során célom volt, hogy felmérjem, milyen gátló tényezők indukálják a kismamák negatív érzéseit, illetve milyen mértékben vannak informálva a várandósság alatti testmozgással kapcsolatban. Célom volt, hogy felmérjem, mennyire változik meg azoknak a várandós nőknek a sportolási szokása, akik már a terhességet megelőzően is testmozgást végeztek. Szerettem volna felmérni, hogy milyenek a várandósok sportolással kapcsolatos szokásai és ismeretei. Kutatásomat online kérdőíves módszerrel végeztem, a 18 év feletti várandósok között. A kutatási felmérés 2021. december és 2022. február közötti időszakban zajlott. Összesen 102 értékelhető kérdőív érkezett vissza. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a várandósok 67,6 %-a nem sportolt

a válaszadás idején, akik végeztek valamilyen rendszeres mozgást, azok közül is legtöbben csak hetente egyszer vagy kétszer. A leggyakrabban az időhiányt jelölték meg a mozgásszegény életmódjuk okaként (34,3%). Kutatásomból kiderült, hogy a kismamák közel 70%-a fenntartásokkal kezeli a várandósság alatti sportolást, pedig bizonyított, hogy a terhesség idején végzett, mérsékelt fizikai megerőltetést igénylő aktív életmódnak számos előnye van mind az anyára, mind a magzatra nézve. Emiatt úgy gondolom, hogy elengedhetetlen a várandósok megfelelő tájékoztatása, az egészségi állapotuk figyelembe vételével, a sportolási lehetőségek ismertetése, továbbá az energiaegyensúly megtartását célzó tápanyagokkal és súlygyarapodással kapcsolatos ismeretátadás is. A kutatás eredményeinek bemutatásával szeretném felhívni a kismamák figyelmét a rendszeres fizikai aktivitás fontosságára és előnyeire.

Bevezetés

A családtervezés kezdeti pillanatától fogva a nők legnagyobb része mindent megtesz annak érdekében, hogy kórállapottól mentes, egészséges terhességet viseljen ki. Idejük nagy részében megpróbálják összegyűjteni a lehető legtöbb információt a várandóssággal kapcsolatban, felkeresik az orvosukat és a védőnőjüket. Figyelnek a vitaminpótlásra, az egészséges táplálkozásra, ám az aktív életmódtól sokan tartózkodnak. Hinton és Olson 2001-ben vizsgálták a várandósok aktivitását.

Kiderült, hogy 40%-uk inaktívabbá válik, viszont az addig ülő életmódot folytatók 20%-a ekkor kezdi a rendszeres testmozgást (HINTON és OLSON, 2001). A gyakorlatban sokszor tapasztaljuk, hogy a várandósoknak csak kis százaléka rendelkezik elegendő információval a terhesség alatti aktív életmóddal kapcsolatban, beleértve a pozitív hatásait, a lehetőségeket, a kizáró tényezőket is, de legfőképpen a végezhető és a kerülendő mozgástevékenységek sorával informáltak kevesen. A várandósság alatti sportra sokan veszélyforrásként tekintenek, pedig bizonyítottan jótékony hatással van a várandós nő szervezetében zajló változásokra, ahogyan a magzat fejlődésére is.

A várandósság alatti sportolás fontosságát és előnyeit kutatásokkal alá is támasztották, de emellett elmondható, hogy a szociális média nagy teret hódít, influenszerek sokasága hirdeti a különböző terhesvitaminokat, kiegészítőket, terjeszti a sportolás népszerűségét. Emiatt azok a nők, akik relatív vagy abszolút ellenjavallat miatt nem végezhetnek testedzést várandósságuk folyamán, sokszor megbélyegezve érezhetik magukat, romlik az önképük, azt az üzenetet dekódolhatják, hogy nem felelnek meg a társadalmi elvárásoknak. Az Instagramon szabadidős kutatásokat végeztek a terhességi identitásokkal kapcsolatosan annak érdekében, hogy a női ideológiákról és a terhességről bővebb információt szerezzenek. A terhes nők Instagram bejegyzéseinek elemzésének eredményeként kiderült, hogy a várandósok megkérdőjelezték a terhességgel és testideállal kapcsolatos elképzeléseket. Találtak olyan bejegyzéseket, amelyek elérhetetlennek bizonyultak a középosztálybeli várandósok számára (MCGANNON és munkatársai, 2021). Ezeknek a bejegyzéseknek a szerzői testedzést végeztek terhességük alatt annak érdekében, hogy karcsúak legyenek, emellett termékeket szponzoráltak, ezzel közvetítve, hogy ők felelősségteljes, nőies anyák. Más bejegyzések különbséget tettek a molett és normál testalkatú várandósok között, erősítve, hogy egy kismamának, aki súlyfelesleggel küzd, mindenképpen diétázni és mozognia kell, másképp a társadalom nem fogadja őt el. Martinez-

Pascual és munkatársai 2013-ban kutatásokat végeztek olyan spanyol élsportolókról, akik pályafutásuk során várandósok voltak.

A felvázolt eredmények alapján arra a konklúzióra jutottak, hogy a terhes nők fokozottan foglalkoztak a testképükkel, feszültséget éreztek amiatt, hogy a várandósság hatással lesz az edzés intenzitására, a baba egészségére, és féltették a szülés utáni karrierjük miként alakulását (MARTINEZ-PASCUAL és munkatársai, 2013). Tekavc és munkatársai szlovén sportolók postpartum időszakát vizsgálták. Az eredmények azt mutatták, hogy a terhesség pozitív élmény volt számukra, amelynek köszönhetően képesek voltak kapcsolódni önmagukhoz, javult az önképük. A válaszadók nagy része úgy nyilatkozott, hogy terhességük során fontos volt számukra a családjuk véleménye a terhesség alatti sportolást illetően. (TEKAVC és munkatársai, 2020).

A kutatás háttere

A várandósság alatt végzett testmozgás egészen a 20. század elejéig kerülendő volt azon teóriák miatt, melyek szerint a fizikai aktivitás előidézi az anyai és magzati kórállapotokat. Az 1970-es évek előtt tanulmányokat végeztek, melyek egy része a rendkívül nagy intenzitású tevékenységek egészségre gyakorolt hatására összpontosított, míg mások nem tettek különbséget a fizikai munka és a rekreációs fizikai aktivitás között. E vizsgálatok megerősítették a kutatókat abban, hogy nem alaptalan az aggályuk a várandósság alatti testmozgás és a kedvezőtlen terhességi kimenetellel kapcsolatban., az 1970-es évek vége óta azonban sok klinikai kutatást szenteltek – elsősorban kis számú terhes nők bevonásával – a várandósság alatti rendszeres fizikai aktivitással összefüggésben lévő anyai és magzati állapotok tanulmányozására (DOWNS és munkatársai, 2012). Ezek az ajánlások leginkább a társadalmi és kulturális normákat tükrözték, mintsem a tudományos értékeléseket. A legelső tanulmányok, amelyek a fizikai aktivitás és a várandósság közötti összefüggéseket vizsgálták, a késő 19. és a korai 20. században lettek publikálva, és leginkább a születési súlyra fókuszáltak. Az 1985 óta elvégzett kutatások nem mutatták ki, hogy a várandósság alatti enyhe vagy mérsékelt sportolás káros hatást gyakorolna az anyára és magzatára (DOWNS és munkatársai, 2012).

1994-ben felülírták a korábban ACOG irányelveket, ezek már szinte egyáltalán nem írtak elő korlátozásokat, sőt, az eltörölték a korábban megszabott időtartamot és a pulzusszámot is, 2002-ben viszont frissítették a korábbi előírásokat, amelyek már a hét legtöbb napjára 30 perces, közepes intenzitású testmozgást javasoltak olyan várandósoknak, akiknek a terhessége szövődmenymentes. Ez a dokumentum volt az, amelyik legelőször fogalmazta meg az iránymutatásokat az erőteljes intenzitású végzett aerob sportolásról. Eszerint az intenzív aerob mozgástevékenységet végző nők nyugodtan folytathatták a korábbi sporttevékenységet, azzal a feltétellel, hogy a szakorvosukkal konzultáltak, megkapták a kellő tájékoztatást (ACOG, 2002). A dokumentum kijelentette, hogy a terhesség alatti testmozgás nem növeli az alacsony születési súly előfordulási esélyét, sem a koraszülés arányát, sem a vetélés kockázatát, és leírták, hogy az 1998-as bizonyítékok nem voltak meggyőzőek. Ezen kívül kiemelte, hogy csökkent a terhességi szövődmenyek (például: praeclampsia, GDM,) kialakulásának esélyét, illetve a szülés időtartama. Annak okán, hogy az elhízás száma világszerte növekszik, frissített fizikai aktivitással kapcsolatos irányelvekre van szükség, mely specializáltan a terhesség alatti elhízással kapcsolatos problémák kezelésére fókuszál. A kutatási eredmények azt mutatják,

hogy a magzat méhen belüli állapotromlása az anyai elhízásnak, a túlzott terhesség alatti súlygyarapodásnak és a kóros glükóztoleranciának a következménye, amely nagymértékben befolyásolja az utódok későbbi túlsúlyának/elhízásának kockázatát is (BARKER, 1997). A várandósok napi kalóriaigénye 300 kcal-val növekszik, az egészséges testsúlygyarapodás mértéke a 4. hónaptól kezdődően hetente 300-500 gramm. Ahogyan halad előre a várandósság, úgy a testsúlygyarapodás is fokozódik, ám ez egészséges esetben nem haladja meg a heti 500 grammot. A testsúlygyarapodás normál mértéke terhesség idején 10-12 kilogramm, amely a következőkből tevődik össze: magzat – 3,4 kg, uterus – 0,9 kg, placenta – 0,7 kg, magzataburok és magzatzvíz – 0,8 kg, anyai vér – 1,2 kg, folyadékretentio – 1,4 kg, zsírlerakódás – 3 kg, emlők mirigyállománya – 0,45 kg. Ha a kismama kisebb súlyfelesleggel indítja várandósságát, törekednie kell arra, hogy a súlynövekedés ne haladja meg a 9-10 kilogrammot. Ha nagyobb mértékű a testtömege, 7-8 kilogramm az egészséges súlygyarapodás. A napi kalóriaigény 300 kcal-val növekszik, ám az első harmadban ez még csak 150 kcal. Ha a kismama nem folytat aktív életmódot, vagy túlsúlyos, akkor javasolt ennél kevesebbet, 200 kcal-t fogyasztania (ÁGOSTON és munkatársai, 2005). Számos jótékony hatása mellett, a várandósság alatti sportolásnak köszönhetően azt az eredményt kapták a kutatók, hogy azoknak a kismamáknak, akik sportoltak, az újszülöttjeik jobb általános állapotban jönnek világra, a későbbi életszakaszban kialakulható krónikus betegségekkel szemben pedig sokkal ellenállóbbak lesznek (KOSZTIN és BALATONI, 2020).

A nem speciális terhességi táplálékkiegészítők közül a legnépszerűbb a fehérje, amelyet az aktív életmódot élő személyek – akik nem várandósok - fogyasztanak. Erről köztudott, hogy segíti az izomzatépítést és annak fenntartását. Várandósság alatt sem tiltott, ám figyelni kell a mérsékelt fogyasztására. Az általános kutatási eredmények azt sugallják, hogy a terhes nőknek szóló, kiegyensúlyozott energia-/fehérje-kiegészítők hasznosak lehetnek, de a magas fehérjetartalmú táplálékkiegészítők, ezen felül az energia-/fehérjekorlátozás a túlsúlyos várandós nők számára egyaránt károsító hatású lehet (KRAMER és KAKUMA, 2003). A javasolt fehérjebevitel a nem terhes időszak adagjához képest (mely 0,8 gramm/ttkg/nap) megemelkedik, mennyisége 1,1 gramm/ttkg/nap lesz (KOMINIAREK és RAJAN, 2017).

Kerülendő sporttevékenységek

A várandósság alatti sportolás esetén vannak kerülendő és ajánlott mozgásformák (BERKŐ, 2010). Kerülendő minden olyan tevékenység, amely az elesés-sérülés fokozott kockázatát hordozza magában. Ebbe a csoportba tartozik:

- kerékpározás
- síelés
- szörfözés
- labdajátékok
- lovaglás
- jégkori
- gimnasztika
- küzdősportok

Ezekon túlmenően a bűvarkodás is a kerülendő sportok listáján szerepel, melynek oka a nyomáscsökkenés miatt kialakulható gázembólia. A terhes nők fokozott kockázatnak vannak kitéve a test habitusában bekövetkező változások miatt, az állatokkal kapcsolatos vizsgálati adatok pedig lehetséges káros magzati hatásokra utalnak.

Általánosságban elmondható, hogy a nőket figyelmeztetni kell, hogy a terhességük idején kerüljék a merülést, de a várandósság korai szakaszában történő véletlenszerű szabadidős bűvarkodás nem ok a terhesség megszakítására (REID és LORENZO, 2018).

A tánc, mint mozgás a várandósság idején

A várandósok a kerülendő sportok során kívül többfajta mozgástevékenység közül is választhatnak. Vannak például kifejezetten várandósok számára összeállított táncórák, viszont, ha a kismama az otthoni tánc mellett döntene, - amely időhiány esetén is ideális választás lehet - akkor fontos, hogy kerülje a túlzott pörgést és ugrálást. A táncolás nemcsak egy szabadidős tevékenység, hanem a tágulási szak ideje alatt is vannak olyan gravidák, akik ezt a formát választják a szokásos fekvő helyzet vagy a sétálás helyett. A függőleges testhelyzet javítja az anyai és a magzati vérkeringést, illetve a kismama komfortérzetét is, továbbá, a gravitációs hatás segíti a magzat medencén keresztül történő leereszkedését úgy, hogy az abdominális erek kompresszióját csökkenti, az uterus véráramlását pedig serkenti, ezáltal a DIP 2 típusú lassulás elkerülhetővé, a fájástevékenység pedig intenzívebbé, hatásosabbá válhat. Egy komplikációmentes terhesek csoportját vizsgáló kutatás megállapította, hogy a függőleges testhelyzetben történő vajúdás lerövidítette a tágulási szak időtartamát, a per vias naturales százalékos értékét pedig növelte. Ha nem áll fenn anyai és/vagy magzati kontraindikáció, a várandós megválaszthatja a vajúdási pozíciót. Ennek ideális módja lehet akár az alacsony intenzitású táncolás is. Táncolás közben a kismamára a zenehallgatás is pozitív hatást gyakorol, hiszen a zene csökkenti a szorongást, a fájdalmat, ezzel a vérnyomást és a pulzusszámot is. Érdemes figyelem előtt tartani a Read-féle triászt. Ennek elméleti lényege, hogyha a várandós félelmet érez, akkor az fokozott feszültséget fog indukálni, emiatt pedig a fájdalomérzet is megnő. Zenével könnyebben lehet a várandós félelemérzetét oldani, és összekapcsolva a táncolással, nagymértékben hozzájárulhat a pozitív szülési élményhez. Az edzések után jelentkező izomláz, izomsérülés miatt járó fájdalmat sokan próbálják vény nélkül kapható fájdalomcsillapítókkal enyhíteni. Fontos megjegyezni, hogy terhesség alatt tilos ibuprofén hatóanyagú gyógyszereket szedni. Ehelyett tanácsos, ha a kismamák krémekkel, balzsamokkal kenetik az érintett területet, lazító fürdőt vesznek, de a masszázs is sokat segíthet a túlterhelt izmok lazításán. Minden esetben fontos, hogy a gravida konzultáljon orvosával, mielőtt gyógyszeres kezeléssel próbálna enyhíteni a kellemetlenségeken. Szülést követően az édesanyák napirendje nagymértékben változik, ám ebben az időszakban is fontos, hogy a nők időt fordítsanak önmagukra. A testmozgásnak ilyenkor is jótékony hatása van a szervezetre, melyek hatását már rövidebb időn belül érezhetik magukon.

Kutatás célja

A kutatás fő irányvonala az volt, hogy megtudjuk, milyen a várandósok sportolással, fizikai aktivitással kapcsolatos attitűdje és a testmozgással kapcsolatos ismerete különös tekintettel a szociodemográfiai tényezőkre. Fontosnak tartottam felmérni, milyen gátló tényezők indukálják

a kismamák negatív érzéseit, illetve milyen mértékben vannak informálva a várandósság alatti testmozgással kapcsolatban. Célom volt, hogy kutatást végezzek azzal kapcsolatban, mennyire változik meg azoknak a várandós nőknek a sportolási szokása, akik már a terhességet megelőzően is testmozgást végeztek.

Továbbá feltérképeztem, mi az oka annak, hogy valaki rendszeres fizikai aktivitást végez a várandósság alatt, és milyen tényezők befolyásolják azt az ismert ténytet, mely szerint a legtöbbben egyáltalán nem mozognak gravidaként.

A kutatás módszere

Prospektív kutatásomban várandós nőket vizsgáltam, függetlenül a sportolási szokásaiktól. Kvantitatív módszert, azon belül online kérdőíves vizsgálatot végeztem. A kvantitatív kutatás egy olyan módszer, amely a mennyiségi kérdésekre keresi a választ. Akkor használható, ha nagyobb számú adatokra van szükség, és reprezentálni szeretnénk a kutatás célját. Azért esett erre a kutatási formára a választásom, mert a kérdőíves válaszadás nem kerül sok időbe, egyszerűen értelmezhető, könnyen kitölthető (BONCZ, 2015). „A kvantitatív kutatási módszer abból az alapvetésből indul ki, hogy a megismerés folyamatában lényeges eszköz a nagyszámú, széles körben lefolytatott mennyiségi adatgyűjtés, a szisztematikus, szabályokra épített, egységes mérés és a számszerűsíthetőség, mert ez alapján adhatunk választ a kutatási kérdéseinkre. A kvantitatív kutatások általában deduktív jellegűek, a kutató tipikusan azért gyűjt információkat nagyszámú mintán, hogy hipotéziseit, felvázolt elméleti állításait igazolni tudja. A mintaválasztás a kvantitatív kutatások lényeges eleme, hiszen megbízható eredményre csak olyan minta alkalmazásával 25 juthatunk, amely jól reprezentálja (képezi le) a vizsgálandó sokaságot. Ennél a kutatási típusnál – a nagyméretű minta miatt – elengedhetetlen a matematikai-statisztikai módszerek alkalmazása, és a kutatás eredményeit is számszerűsítve közlik, a statisztikai megbízhatósági vizsgálatok követelményrendszerének figyelembevételével.

Visszaérkezett 113 kérdőív, melyből 102 volt értékelhető. A többi kérdőív vagy hibásan volt kitöltve, vagy több kérdésre nem érkezett válasz a kitöltőktől, és a kutatás eredményeit nem lehetett volna értékelni. Az adatok feldolgozása „Microsoft Excel” és „Google Űrlapok” segítségével történt. Kérdőívem 25 kérdést tartalmazott, melyből az első 5 kérdés szociodemográfiai kérdés volt. Tartalmazott zárt, illetve nyitott kérdéseket is, ezen felül olyanokat, amelyek esetén a kitöltő több válaszlehetőséget is bejelölhetett, illetve alkalmaztam Likert-skálát. A kutatást online módon végeztem. Egyrészt a Covid-világjárvány miatt választottam ezt a kutatási módot, másrészt amiatt, mert környezetkímélőbb, mint a papír alapú kérdőív kinyomtatása, illetve a mai technológiáknak köszönhetően már sokkal egyszerűbb online formában felkeresni, elérni a célközönséget. Az egyik közösségi oldal „Debrecenben szülő Kismamák, Anyukák csoportja!” (Debreceni Egyetem Klinikai Központ és Kenézy Gyula Kórház, Rendelőintézet) és az „Országos baba-mama csoport” nevet viselő csoportokban osztottam meg a kérdőívemet.

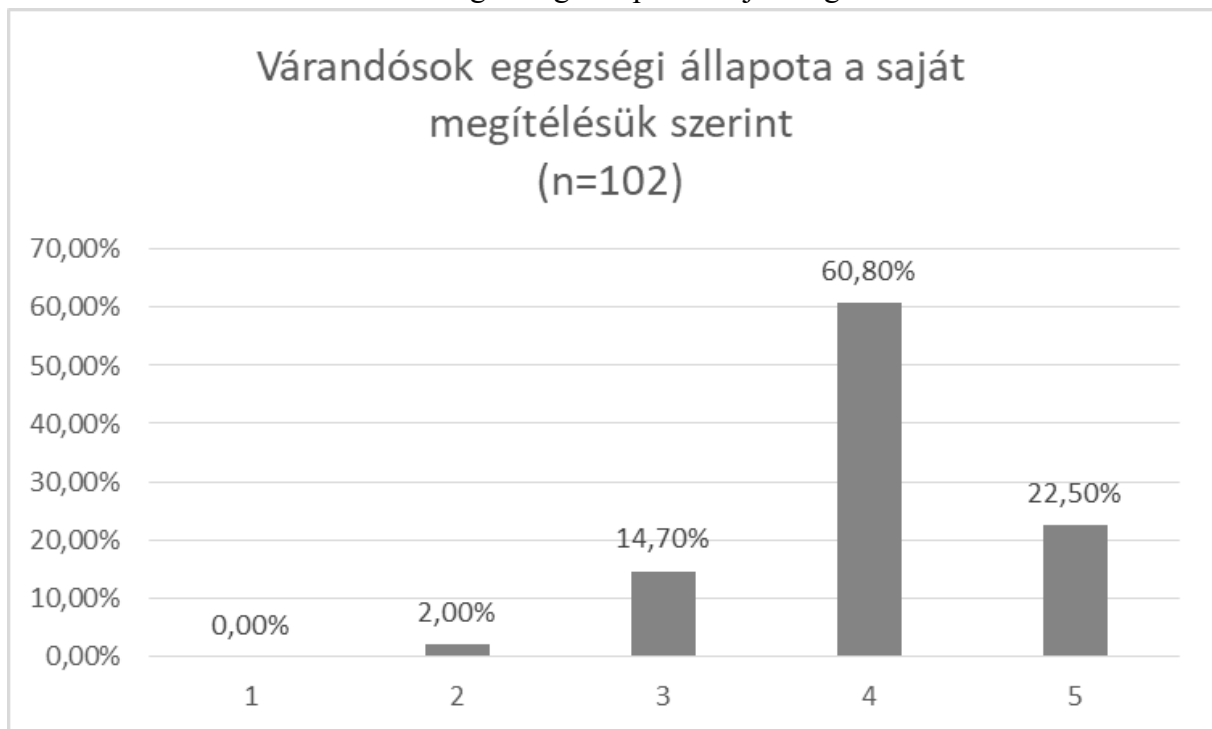
A kutatás ideje 2021. december 05. és 2022. február 02. között zajlott. A kérdőív megosztása különböző napokon történt a közösségi felületen.

Eredmények bemutatása

A mintáról elmondható, hogy a kitöltők közül 21,6% (22 fő) 18-25 éves, 33,3% (34 fő) 26-30 éves, 44,1% (45 fő) 31-40 éves korosztályt jelölt, 1 fő pedig a 40 éves elmúlt. A lakóhely tekintetében a legtöbben 64,7% városban él, és a 102 kitöltő 80,4%-a (82 fő) házas. 47,1% (48 fő) szakközépiskolát/gimnáziumot végzett, 35,3% (36 fő) egyetemi/főiskolai alapképzést, 15,7% (16 fő) egyetemi mesterképzést, 2% (2 fő) pedig általánost, és a legtöbben gond nélkül megélik az anyagi helyzetüket tekintve.

Az eredmények mutatják, hogy szubjektíven saját egészségi állapotát a gravidák 60,8%-a jónak ítélte meg (1. ábra).

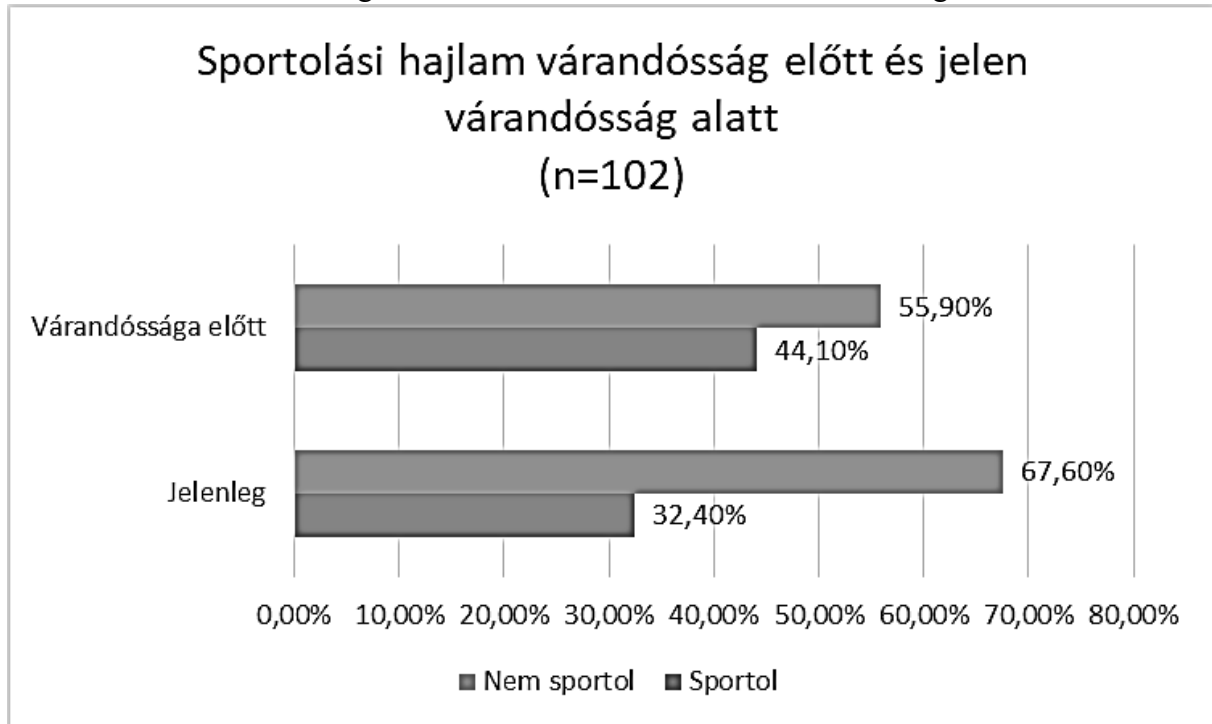
1. ábra: Várandósok egészségi állapota a saját megítélésük szerint



A válaszadók fele az első gyermekével volt várandós, 52%-uk alacsony rizikójú várandós volt és 71 fő a harmadik trimesztert töltötte éppen.

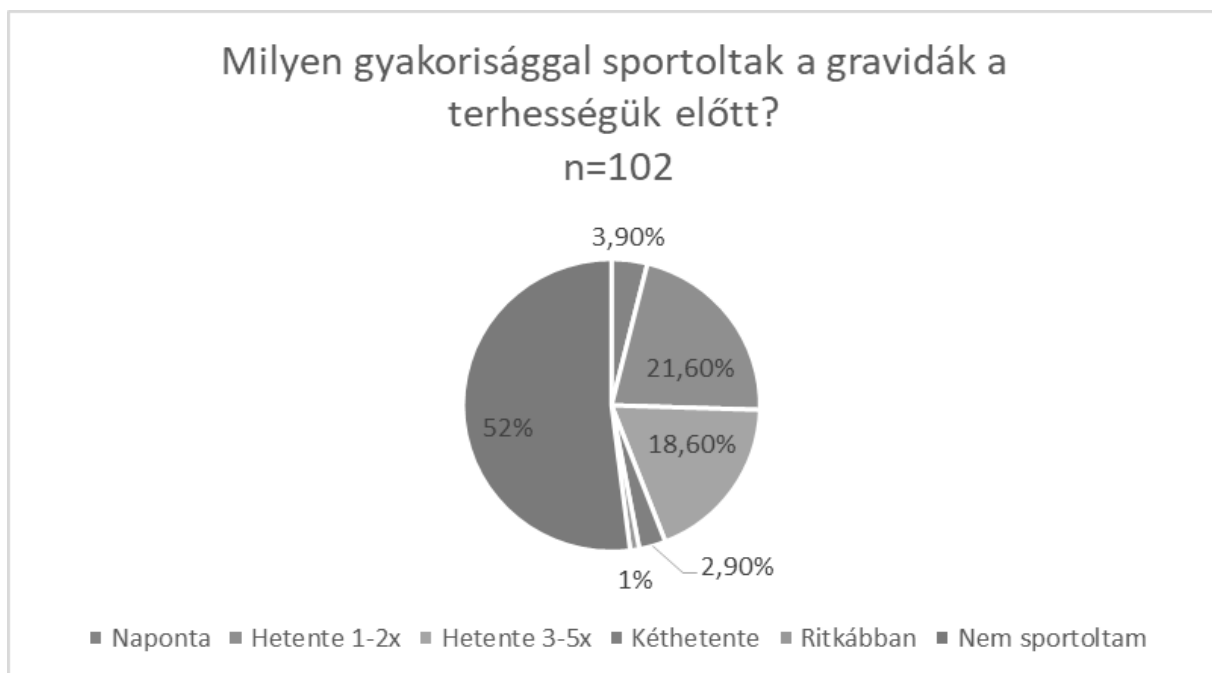
Arra a kérdésre, hogy sportoltak-e a várandósságot megelőzően 55,9% nemleges választ adott, 44,1% pedig igennel felelt. Azt is felmértük a kitöltők körében, hogy a várandósság alatt sportoltak-e? A 102 válaszadóból 69 fő (67,6%) nem sportol, 33 fő pedig igen (32,4%). A 33 fő mindegyike sportolt már a terhesség megállapítása előtt is. Összesítve látható a 2. ábrán, hogyan oszlik meg a várandósság előtt és alatt rendszeresen fizikai aktivitást végző kismamák száma:

2. ábra: Várandósság előtt és alatt rendszeres fizikai aktivitást végzők eloszlása



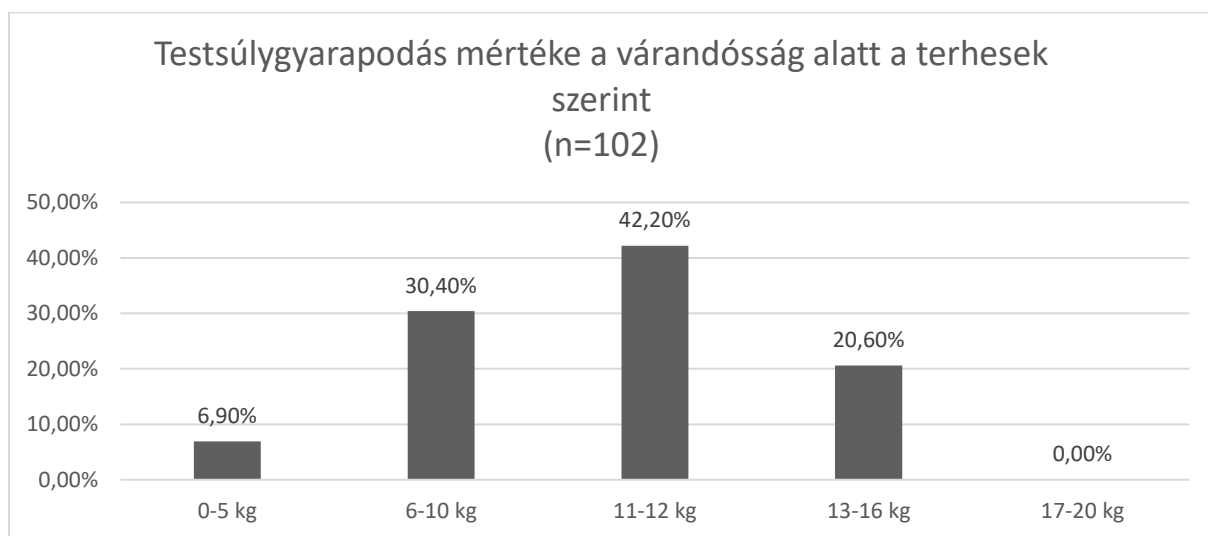
A sportoló gravidák nyitott kérdés mentén leírhatták, hogy milyen fizikai aktivitást végeznek. A következő mozgásformákat említették: futás, súlyzós edzés, kerékpározás, aerobik, sétálás, magas intenzitású intervall edzés, lovaglás, jóga, néptánc, zumba, tollaslabda, röplabda, kézilabda, boxolás, labdarúgás. Kiderült, hogy a várandósok több mint fele nem végzett testmozgást, ez volt a leggyakrabban választott válasz, melyet a hetente 1-2x lehetőség követett. Az alábbi diagram szemlélteti a válaszok százalékos arányát (3. ábra):

3. ábra: Milyen gyakorisággal sportoltak a várandósok a várandósságuk előtt?



Bebizonyosodott, hogy az életkor, az iskolai végzettség, a lakóhely és az anyagi helyzet befolyásolja a sportolási szokásokat, azonban szeretném kiemelni, hogy a jelenlegi elemszám kevésnek bizonyult a mélyebb összefüggések vizsgálatához. A kapott eredmények alapján elmondható, hogy a legfiatalabb korosztály magasabb arányban sportol, mint a legidősebb. A legmagasabb iskolai végzettséggel rendelkező várandósok magasabb százalékban végeznek testedzést várandósságuk idején, ahogyan a legmagasabb jövedelemmel rendelkező terhes nők is, szemben a legalacsonyabb jövedelemmel rendelkezőkkel. 8 faluban élő terhes közül 7 fő sportol, 5 községben élő gravida közül 4 fő sportol. 65 városban élő gravida töltötte ki kérdőívemet, közülük 17 fő sportol, 48 fő nem.

4. ábra: Testsúlygyarapodás mértéke a várandósság alatt, önbevallása alapján



A 102 válaszadó kismama 42,2%-a (43 fő) tudja, hogy az optimális testsúlygyarapodás várandósság idején 11-12 kg. 30,4% (31 fő) úgy gondolja, hogy az egészséges testsúlygyarapodás mértéke 6-10 kg között mozog. 20,6% (21 fő) szerint 13-16 kg, 6,9% (7 fő) szerint pedig 0-5 kg testsúlygyarapodás az optimális.

Végül kíváncsi voltam arra, hogy a gravidák hogyan vélekednek a sportolás jótékony hatásáról, és arra, mennyire befolyásolja véleményük szerint a saját egészségi állapotukat.

A kapott válaszok elemzése alapján a gravidák legnagyobb része úgy gondolja, hogy a terhesség alatti sportolás nagymértékben befolyásolja egészségüket (31,4%). 5,9% volt azoknak az aránya, akik úgy gondolják nincsen hatással a sportolás az egészségi állapotra. Szerencsére egyetlen gravida sem nyilatkozott úgy, hogy a sportolásnak nincsen jótékony hatása.

Következtetések és javaslatok

Kutatásom eredményeinek feldolgozása után arra a konklúzióra jutottam, hogy a vizsgált várandósoknak több mint fele nem végez semmilyen sporttevékenységet terhessége idején, és a legtöbben a terhességet megelőzően sem mozognak. Vannak, akik nincsenek tisztában a kerülendő és az ajánlott sportolási tevékenységekkel kapcsolatosan, volt olyan válaszadó, aki rendszeresen kerékpározott a várandóssága alatt.

A rendszeres fizikai aktivitást végző kismamák közül is a legtöbben csak hetente egyszer vagy kétszer mozogtak. Kutatásomból kiderült, hogy a kismamák jól informáltak azzal kapcsolatban, hogy mennyi az élettani testsúlygyarapodás terhesség idején. A szociodemográfiai tényezők befolyásolhatják a várandósság alatti sportolással kapcsolatos attitűdöt, ezt a későbbiekben mélyebben szeretném vizsgálni.

Szülésznő hallgatóként úgy gondolom, hogy a testmozgás fontosságára is fel kell hívni a várandósok figyelmét. A mai irányelvek alapján, ha a terhesség idején nem áll fenn anyai és/vagy magzati veszélyállapot, a közepes intenzitásban végzett testmozgásnak nincs negatív hatása a terhesség kimenetelére. Úgy gondolom, hogy fontos lenne megfelelő mértékben tájékoztatni a kismamákat a terhesség alatti sportolással kapcsolatban. Lényegesnek tartom, hogy felvilágosítást kapjanak a végezhető, illetve a kerülendő sportok soráról. Személyes véleményem alapján az is sokat számít, hogyha nem csak felsorolás szintjén hallhatják a sporttevékenységek sokaságát, hanem az anyára és magzatra gyakorolt hatásaival is megismertetjük őket.

Összegzés

A várandósság alatti tudatos életmód az egyik legmeghatározóbb tényezője a terhesség kimenetelére, a magzat egészségére nézve. Kutatásom során megvizsgáltam a várandósok sportolással kapcsolatos ismereteit és szokásait, melyekről szerettem volna egy átfogóbb képet alkotni. Napjainkban rengeteg információt találhatnak a kismamák a várandóssággal kapcsolatosan, rengeteg fórum áll rendelkezésükre, én mégis szeretném, ha bizonyos kérdésekben – mint a sportolással kapcsolatos ajánlások – szakmabeli személyek véleményét kérnék ki, hiszen ők tudják a legpontosabban megfogalmazni a válaszokat, és a leghitelesebb tanácsot adni. Talán sokan nem is gondolják, hogy milyen kóros állapotokat képes eredményezni a túlsúly, az elhízás, a mozgásszegény életmód.

Szeretném, ha a kismamák tudása a várandósgondozásban résztvevő szakemberek segítségével fejlesztve lenne, a testmozgással kapcsolatos aggályaikat csökkentenénk, hiszen a testmozgás hiánya sajnos folyamatosan nagyobb teret hódít magának, várandósság során pedig a nők nem pusztán önmaguk életét tartják a kezükben, de magzatuk egészségéért is felelnek, melynek fő alapját képezi a rendszeres fizikai aktivitás.

Irodalomjegyzék

1. ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists honlapja
<https://www.acog.org/clinical/search#q=physical%20activity%20during%20pregnancy&sort=relevancy> Látogatva: 2022. január 17.
2. ÁGOTON H., BŐCS É., DOMONKOS A., FEKETE K., DR GREINER E., SZÓRÁD I. (2005): Táplálkozási ajánlások várandós és szoptató anyáknak, Budapest
3. BARKER D. J. P. (1997): Maternal Nutrition, fetal nutrition and disease in later life. Nutrition.
4. Berkő P. (2010): Szülők kézikönyve. Budapest. SpringMed Kiadó.
5. BONCZ I. (2015): Kutatásmódszertani Alapismertetek, Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Kar, Pécs. 24-25.
6. DOWNS D. S., CHASAN T. L., EVENSON K. R., LEIFERMAN J., YEO S. (2012): Physical Activity and Pregnancy: Past and Present Evidence and Future Recommendations. Research Quarterly for Exercise and Sport, Washington, 83. kötet, 4. kiadvány. DOI: 10.1080/02701367.2012.10599138
7. HINTON P. S., OLSON C. M. (2013): Predictors of Pregnancy-Associated Change in Physical Activity in a Rural White Population. Matern Child Health 5(1): 7–14
8. KOMINIAREK M. A. és RAJAN P. (2017): Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation, doi: 10.1016/j.mcna.2016.06.004
9. KOSZIN N., BALATONI I. (2020): Kisgyermekes édesanyák sportolási szokásai. Acta Medicinæ et Sociologia, Nyíregyháza, Vol. 11., Különszám. 88-98.
10. KRAMER M. S., KAKUMA R. (2003): Energy and protein intake in pregnancy. Departments of Pediatrics and Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University Faculty of Medicine, Montreal, Canada
11. MARTINEZ-PASCUAL B., ALVAREZ-HARRIS S., FERNANDEZ-DE-LAS-PENAS C., PALACIOS-CENA D. (2016): Pregnancy in Spanish elite sportswomen: A qualitative study. Women & Health, doi: 10.1080/03630242.2016.1202883
12. MCGANNON K. R., GRAPER S., MCMAHON J. (2021): Skating through pregnancy and motherhood: A narrative analysis of digital stories of elite figure skating expectant mothers. Psychology of Sport and Exercise
13. REID R. L., LORENZO M. (2018): SCUBA Diving in Pregnancy. DOI: 10.1016
14. TEKAVC J., WYLLEMAN P., CECIC ERPIC S. (2020): Becoming a mother-athlete: female athletes' transition to motherhood in Slovenia. Sport in Society, doi: 10.1080/17430437.2020.1720200

„A gyógyító vákuum”

A köpölyözés, mint alternatív gyógymód

Kósa Andrea¹ – Kósa Zsófia¹ – Illés Ilona²

¹ általános ápoló szak (5 0913 03 0), Nyíregyházi Szakképzési Centrum, Zay Anna Technikum és Kollégium, Nyíregyháza, Család utca 11.

² témavezető, Nyíregyházi Szakképzési Centrum, Zay Anna Technikum és Kollégium, Nyíregyháza, Család utca 11.

INFO	ABSTRACT
<p>Kósa Andrea, Kósa Zsófia</p> <hr/> <p>Keywords cup, cupping, vacuum massage, alternative therapy</p>	<p>"The Healing Vacuum" Cupping as an alternative cure</p> <p>One of the most interesting treatments in natural medicine, still used today, is cupping (also known as vacuum massage), whose history is almost as old as human history. The aim of our research was to assess the experience with cupping. To achieve this, we specifically targeted respondents who had knowledge and experience of treatment to complete our self-designed questionnaire. For our research, we set up three hypotheses, which were analyzed in the light of the results obtained. The data was illustrated with Microsoft Office Excel. A total of 100 people completed the questionnaire. 44% of those surveyed had been treated for less than a year, and nearly the same proportion had experienced the effectiveness of the treatment for a year or two. Most people cited back pain, painful muscle nodules, muscle stiffness, and scoliosis as reasons for using the treatment. Most people take treatment a few times a year (if they have any complaints), but 36% take it one or twice a month. 62% of the respondents play sports on a weekly basis, but only 22% of the respondents play sports competitively. Most of them had experience with dry cupping (78%), but more than half of them had already used slippery cupping and most often performed cupping on the back, shoulders and neck. In terms of effectiveness, the respondents rated it as a useful treatment procedure, with 69% rating it for five on a five-point scale and 23% rating it for four and no one rating the treatment as ineffective.</p>
<p>Kulcsszavak köpöly, köpölyözés, vákuum masszázs, alternatív gyógymód</p>	<p>Absztrakt:</p> <p>A természetgyógyászat egyik legérdekesebb, ma is használt kezelési módja a köpölyözés (vagy más néven vákuummasszázs), melynek története szinte az emberiség történetével egyidős. Kutatásunk célja volt, hogy felmérjük a köpölyözéssel kapcsolatos tapasztalatokat. Ennek elérése érdekében célirányosan olyan válaszadókat kerestünk fel meg saját szerkesztésű kérdőívünk kitöltésére, akik a kezeléssel kapcsolatosan ismeretekkel és tapasztalatokkal rendelkeznek. A kutatásunkhoz három hipotézist állítottunk fel, melyeket a kapott eredmények tükrében elemeztünk. Az adatok szemléltetése Microsoft Office Excel programmal történt. Összesen 100 fő töltötte ki a kérdőívet. A felmérésben résztvevő 44%-át kevesebb, mint egy éve kezelik a köpölyvel, közel azonos arányban voltak azok, akik egy-két éve tapasztalják a kezelés hatékonyságát. A legtöbben a hátfájalmat, fájdalmas izomcsomókat, izomletapadást, gerincferdülést jelölték meg a kezelés igénybevételének okaként. A kezelést legtöbben évente pár alkalommal (panaszok előfordulása esetén) veszik igénybe, de 36% havonta 1-2 alkalommal végezteti a terápiát. A válaszadók 62%-a heti rendszerességgel sportol, de mindössze a válaszadók 22%-a sportol versenyszerűen. A legtöbben a szárazköpölyözéssel szereztek tapasztalatot (78%), de több mint fele a csúsztatott köpölyözést is igénybe vette már és leggyakrabban a hátán, vállon, nyakon végeztették a köpölyözést. A hatékonyság tekintetében megállapítható, hogy hasznos kezelési eljárásnak ítélik meg a válaszadók, hiszen 69%-uk az ötös skálán ötös értékelést, míg 23%-a négyes értékelést adott és hatástalannak senki nem ítélte meg a kezelést.</p>

Bevezetés

A természetgyógyászat egyik legérdekesebb, ma is használt kezelési módja a köpölyözés (vagy más néven vákuummasszás), melynek története szinte az emberiség történetével egyidős. Méregtelenítő módszer és sokrétű gyógymód, melyet napjainkban is előszeretettel használnak a világ minden táján. A köpölyözés, mint alternatív gyógymód feldolgozását, kutatómunkánk témájául azért választottuk, mert ismeretségi körünkben egyre nagyobb tért hódít, másrészt pedig szerettünk volna mélyebb ismeretekkel rendelkezni az említett gyógymóddal kapcsolatosan. Ósi gyógymód, mely hazánkban is elterjedt volt, azonban 1945 után kitiltották az orvosi gyakorlatból. Számos, fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező országban ma is használják.

A nyugati hagyományos orvoslásban ezt a módszert az izmok kezelésére és a véráram felpezsdítésére vagy a kötőszövet regenerációjára használják. Kínában a kezeléssel a test energiaáramlását, és a csí áramlását kívánják befolyásolni. Az eljárást speciális köpölycsészékkel végzik, amelyekben felmelegítik a levegőt. A levegő így kitágul, és kiáramlik a csészéből, amelyet a bőrre helyeznek. Ahogy lehűl a levegő, ritkább lesz és a csészében vákuum alakul ki, mely szívóhatást fejt ki a bőrre, a benne lévő vérerekre. Ennek a helye látszik meg a testen, miután eltávolításra kerülnek a csészék. A módszer hatásossága a lokális vérbőség létrehozásában rejlik. Olyan mélyen fekvő izomfelületekre is hatást gyakorol, amit más technikával nem, vagy alig lehet elérni.

Elméleti háttér

A köpölyözés már kb. 3000 éve ismert eljárás. Ez a speciális ingerterápia ún. vákuumos harangocskák segítségével végezhető el, melyeket a test különböző pontjaira helyeznek el. (Szabó 2016) A harangban folyamatos, vagy pulzáló vákuumot hoznak létre, amelynek erőssége szabályozható. A vákuumot hőmérsékletváltozással idézik elő. A harangok magába szívják a bőr és a felszíni izomzat lokális részeit, a kezelés aktiválja a nyirokcsomókat, majd a harangokat lassan elkezdik mozgatni a nyirokerek mentén. Az erős pulzáló szívó hatásra elgyorsul a nyirok- és a vénás keringés. A pulzáló mechanikai ingerre a mélyebb rétegekben az artéria kitágul a véráramlás felgyorsul ezzel javul a bőr és a bőr alatti kötőszövet oxigénellátása és anyagcseréje. A köpölyözés gyógyító hatását tehát a keletkezett vákuum által fejt ki. A felgyorsult keringés következtében erősödnek a zsírégetési folyamatok és megtöbbszöröződik a méreg- és salakanyagok elszállításának sebessége, javul a sejtek oxigén- és tápanyagellátása, és közben kiürülnek a szöveti ödémák. A vákuum ereje a felszippanzott zsírsejteket széttördeli, és a kisebb zsírsejtek a nyirok útján távoznak testünkben.

A köpölyözésnek ma már nagyon sok fajtája ismeretes: mint pl. száraz köpölyözés, villám köpölyözés, tüzes köpölyözés, köpölymasszázs, véres köpölyözés, hólyaghúzó köpölyözés, pulzáló köpölyözés, biorezonanciával kombinált köpölyözés. A kezelés előnye közé sorolható, hogy széles körben alkalmazható, gyorsan hat, egyszerű a kezelés, biztonságos, gazdaságos és növeli a szervezet ellenálló képességét. A hátrányai között a köpölycsésze által kiváltott bőrelváltozás említhető. Ezek azok az elváltozások, melyek látható elszíneződések a bőrön. Attól függően, hogy milyen színűek ezek az elváltozások, következtetni lehet a belső szervek állapotára, betegségeire. Egészséges reakcióként a köpölycsésze helyén marad egy középrózsaszín színű elváltozás, mely pár nap alatt felszívódik. Törtfehér elszíneződés, hűvös

bőrfelszín elégtelenségre utaló jel, hideget és a patogén nedvesség betegségeit jelzi. Élénkvörös elváltozás látható többlet zsírszövet felhalmozódás esetén.

A kutatás körülményei

Kérdőíves felmérésünket, online, internet alapú kérdőív segítségével végeztük 2021. októberében. Az anonim és önkéntes kitöltőknek 20 kérdésre kellett válaszolniuk.

Kutatásunk célja volt, hogy felmérjük a köpölyözéssel kapcsolatos tapasztalatokat. Ennek elérése érdekében célirányosan olyan válaszadókat kérdeztünk, akik a kezeléssel kapcsolatosan ismeretekkel és tapasztalatokkal rendelkeznek. A kérdőívünket több kezelést végző szakember közreműködésével juttattuk el a célszemélyekhez, többnyire zárt facebook csoportokban történő megosztással. Felmérésünket kiegészítettük egy interjúval is, amelyet egy, a kezelésben jártas szakemberrel készítettünk.

Hipotézisek

A kutatásunkhoz az alábbi három hipotézist állítottuk fel:

H1: Feltételezzük, hogy a felmérésben résztvevők többségének életkora 31-40 év közé tehető, és legtöbben a hátfájdalom, izomfájdalom miatt veszik igénybe a köpölyözést.

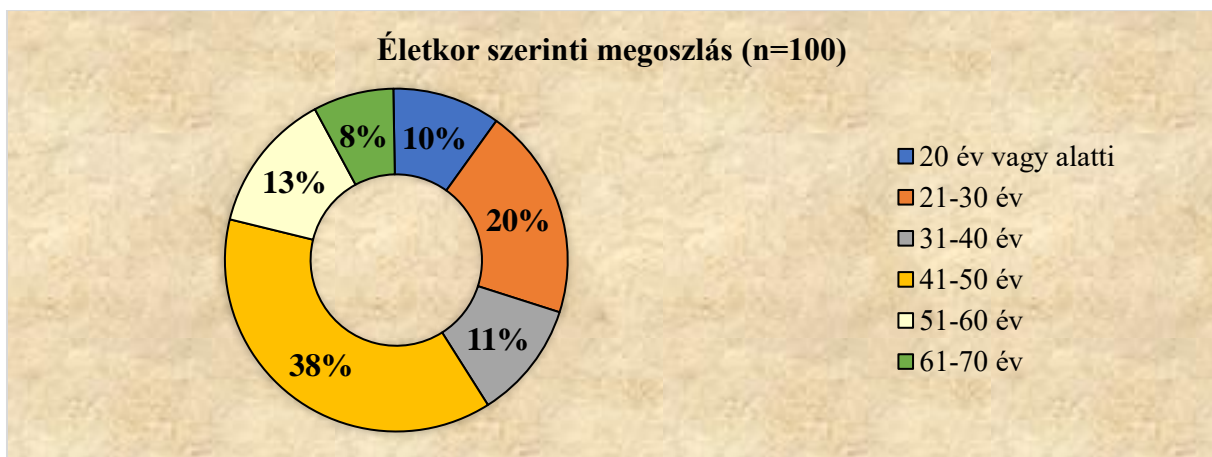
H2: Feltételezzük, hogy a kezelést leggyakrabban masszőr vagy természetgyógyász végzettséggel rendelkező szakember végzi a megkérdezett pácienseken.

H3: Feltételezzük, hogy a kezelést, a megkérdezettek több, mint 90%-a jónak (4) vagy nagyon jónak (5) itéli meg az értékelő skálán, és hogy szintén ilyen arányban ajánlaná másoknak is.

Eredmények

Összesen 100 fő töltötte ki a kérdőívet, akik 92,8%-a nő volt. A válaszadók legnagyobb részét, a 38%-át a 41-50 év közöttiek alkották, a 20%-uk 21-30 év közötti korcsoportba, míg 13%-uk a 51-60 év közötti korcsoportba tartozott (1. ábra).

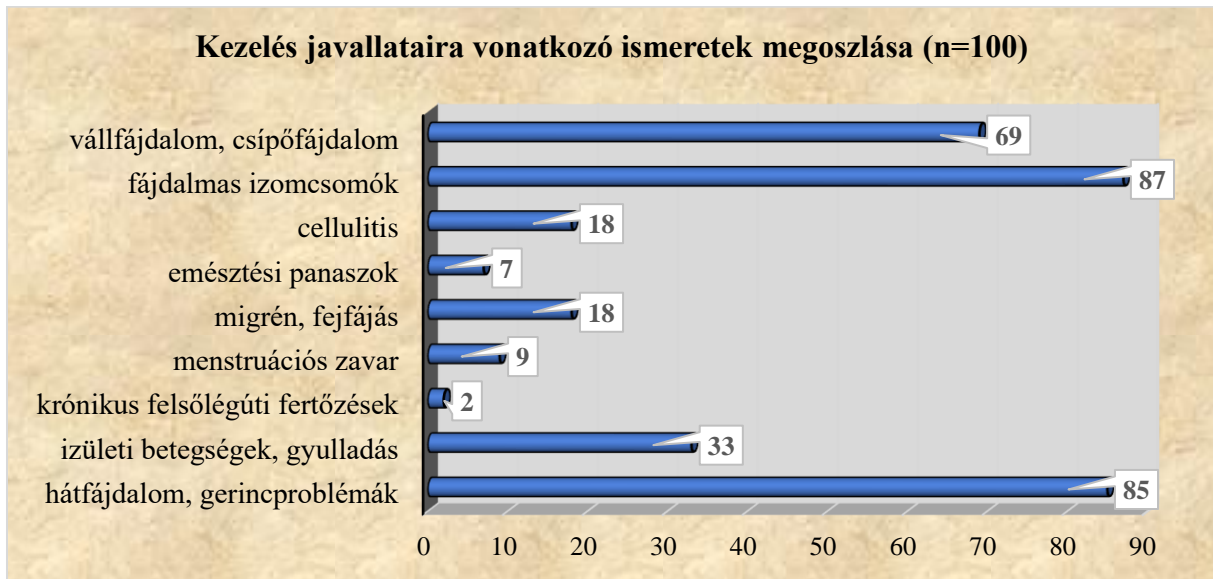
1. ábra: A válaszadók korcsoportos megoszlása



A megkérdezettek többsége (87%) fájdalmas izomcsomók miatti problémákat említették a kezelés javallataként és magas számban jelölték (85%) a hátfájdalom, gerincproblémák válaszkategóriát is. A cellulitis megelőzését és megszüntetését csekélyebb számban –

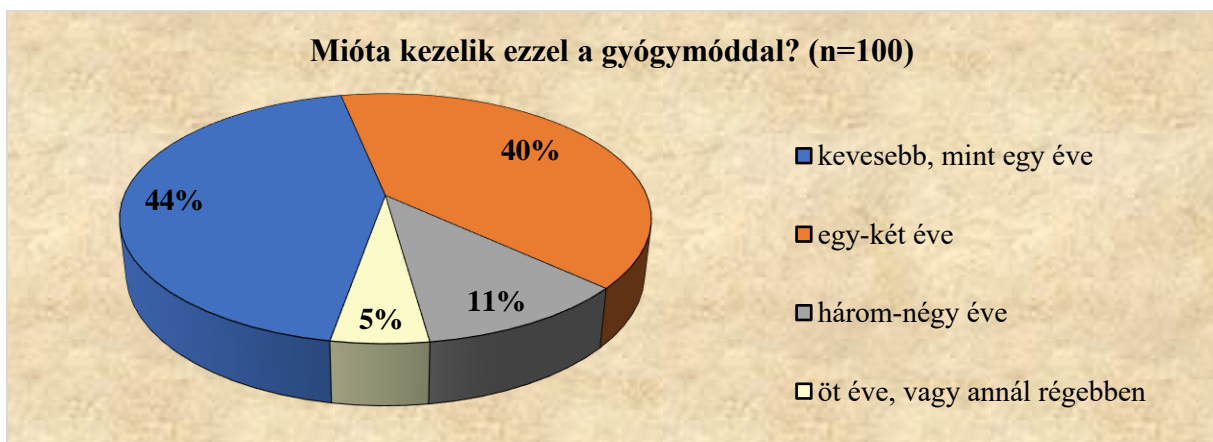
mindössze 18%-ban jelölték. Így az első hipotézisünk igazolódott (2. ábra).

2. ábra: A kezelés javallatai a megkérdezettek véleménye alapján (fő, %)



A felmérésben résztvevő nagyrésztét (44%-át) kevesebb, mint egy éve kezelik a köpölyvel, közel azonos arányban voltak azok, akik egy-két éve tapasztalják a kezelés hatékonyságát (3. ábra).

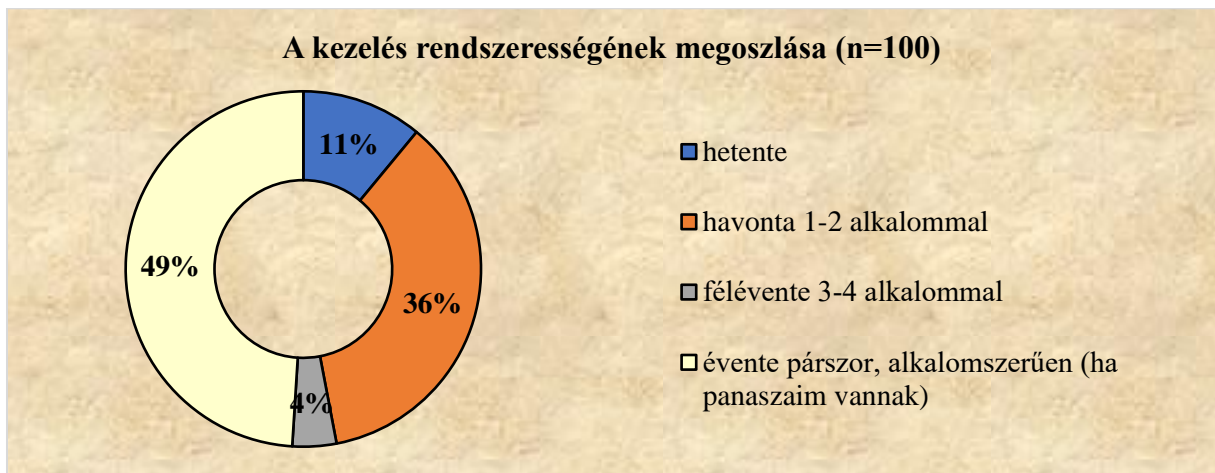
3. ábra: A kezelés megkezdésének és fennállásának ideje, (% , fő)



A legtöbben a hátfájdalmat, fájdalmas izomcsomókat, izomletapadást, gerincferdülést jelölték meg a kezelésük igénybevételének okaként.

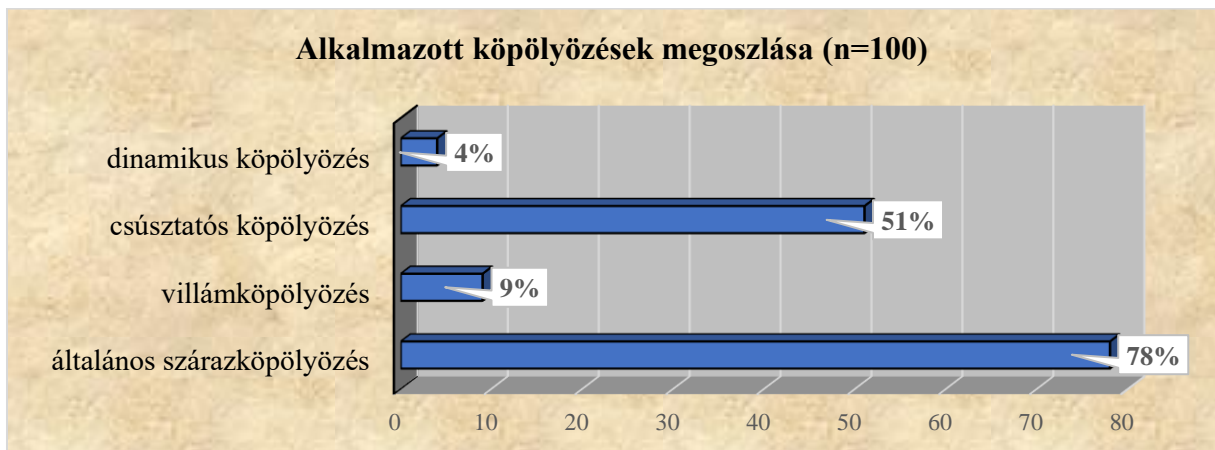
A kezelést legtöbben (49%) évente pár alkalommal, alkalmasszerűen (panaszok előfordulása esetén) veszik igénybe, de 36%-uk havonta 1-2 alkalommal végezteti a terápiát. Figyelemre méltó, hogy a megkérdezettek 11%-a hetente jár kezelésre (4. ábra).

4. ábra: A kezelés igénybevételének rendszeressége (% , fő)



A legtöbben a háton, vállon, nyakon végeztették a köpölyözés és a válaszadók többsége (78%-a) a szárazköpölyözéssel szerzett tapasztalatot. A felmérésben résztvevők több mint fele (51%) a csúsztatott köpölyözést is igénybe vette már (5. ábra).

5. ábra: Az igénybe vett köpölyözés típus szerinti megoszlása, (% , fő)



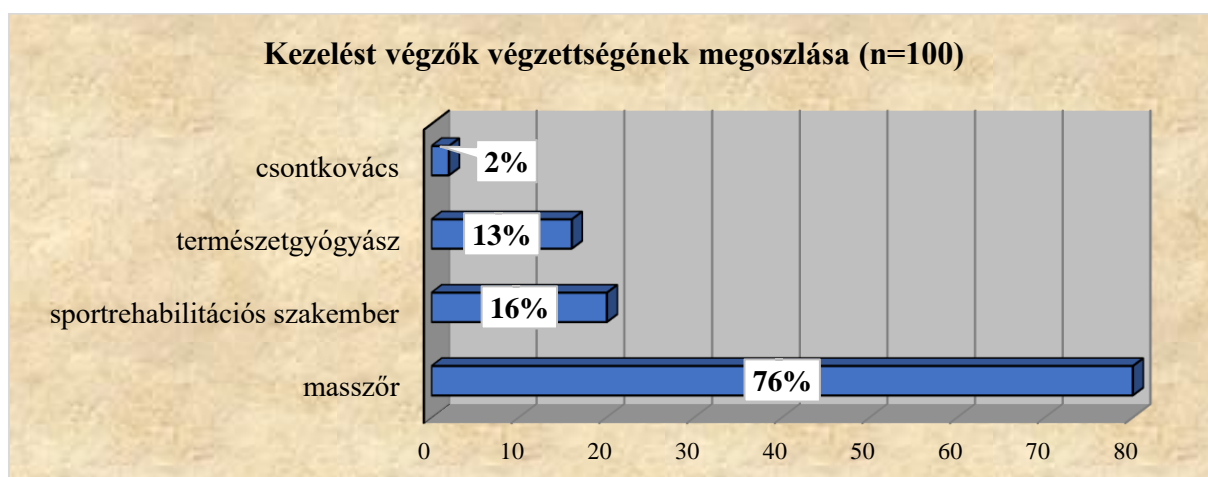
A hatékonyságot egy 5-s skálán kellett jelöniük a válaszadóknak, itt egyértelműen igazolódott, hogy hasznos kezelésként ítélik meg, hiszen 69%-a az ötös skálán ötös értékelést (nagyon jó), míg 23%-a négyes értékelést (jó) adott. hatástalannak senki nem ítélte meg a kezelést (6. ábra).

6. ábra: A hatékonyság érzése a kezelést illetően (1-5 likert skála) (fő, %)



A kezeléseket leggyakrabban (kb. 80%-ban) masszőr végzettségűek végezték a megkérdezett pácienseken, de sportrehabilitációs szakember kezelését is igénybe vették (16%) (7. ábra).
A második hipotézisünk csak részben igazolódott.

7. ábra: A kezelést végző szakember végzettség szerinti megoszlása, (fő, %)



A kezelésekhöz leggyakrabban üveg köpölyt használt a szakember.

Arra a kérdésre, hogy ajánlaná-e másoknak a kezelést 96%-ban igennel válaszoltak a válaszadók, 4% válaszolta azt, hogy talán, és olyan válaszadó nem volt, aki nem ajánlaná ezt a gyógy módot. Ezáltal *a harmadik hipotézisünk igazolódott.*

Összegzés, következtetés

A megkérdezettek 78%-a az általános száraz köpölyözést veszi igénybe. A kérdőívet kitöltők 47 %-a hetente vagy havonta 1-2 alkalommal igénybe veszi ezt a fajta gyógyító tevékenységet. 40%-a a válaszadóknak egy-két éve rendszeres jár a kúrára. A megkérdezettek 69%-a nagyon jónak ítéli meg a köpölyözés hatékonyságát. A válaszadók 62%-a heti rendszerességgel végez fizikai aktivitást, továbbá a válaszadók 22%-a sportol versenyszerűen. Ezen eredményt befolyásolta a célcsoportok elérésének megválasztott módszertana, ugyanis sportoló

közösségek csoportjába is eljutott a kérdőívünk. A legtöbben csapatsportot űznek (futball, kézilabda, kosárlabda) vagy erőnléti sportot végez. A kardio- és aerob mozgástípusokat csekélyebb számban jelölték a válaszadók.

A gyógyító köpölykezelés egy vákuumos masszázis, amely a hagyományos kínai gyógyászat egyik terápiás eszközére, a köpöly-technikára épül. A fizikai gyógykezelések egyik fajtája, mechanikai ingerlés a test legérzékenyebb (akupunktúra) pontjai felett. Lokális hatású pozitív ingerhatásról beszélünk. Vérkeringésre, és a vérösszetételre gyakorolt hatása is igen jótékony. Sokféle betegségre kellő hatékonysággal bír, de alapvető szabály, hogy csak kellő ismeretekkel és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező szakember végezze. Érdemes lenne az egészségügyi szakirányú oktatásban is szélesebb körben megismertetni a tanulóka/hallgatókat ezzel a hatékony alternatív kezelési módszerrel.

Felhasznált irodalom

1. Berente Ágnes (2008.): Keleti gyógy módok kézikönyve, Vagabund Kiadó, Budapest
2. Kabdebó Tamás (2006.) Minden idők – Köpölyözés, Mundus Egyetemi Kiadó Kft., Budapest
3. Kissné Dr. Fügedi Agáta - Mészáros Endre - Dr. Glázer Mária (1995.) A gyógyító moxa – köpöly, Magánkiadás
4. Szabó Gábor József (2016.) Gyógyító köpölyözés elmélete és gyakorlata (tanfolyami jegyzet)

Internetes oldalak:

1. http://www.paramedica.hu/200802/26_gyogyito5/index.htm (utolsó elérés ideje: 2021. október)
2. <https://www.napfenyesgyogy kozpont.hu/6904-2/> (utolsó elérés ideje: 2021. október)
3. <http://csontmester.hu/modszerek/kopolyozes/> (utolsó elérés ideje: 2021. október)
4. <https://www.csontkovacs.eu/kopolyozes> (utolsó elérés ideje: 2021. október)
5. <https://tevagyalenyeg.hu/kopolyozes/>(utolsó elérés ideje: 2021. október)
6. <http://bio.ghost.hu/mindent-a-kopolyozesrol/a-kopolyozes-korai-tortenete> (utolsó elérés ideje: 2021. október)
7. http://www.medicineman.hu/p_16.php?fbclid=IwAR0L34EFMBwuvRtfXGtZjppglRDeC-LgSt222AAqHCOAVmt8GWW2dILQv8o (utolsó elérés ideje: 2021. október)
8. https://legypozitiv.hu/kopolyozo-masszazs/?fbclid=IwAR0doMclwBbR0mZLmBy6yv8s4Lda8bcBNwWh0uZDQrdj_Q19Q5doSIA8LJM (utolsó elérés ideje: 2021. október)
9. https://kinaigyogyaszat.hu/kopolyozes.html?fbclid=IwAR1q1gSBpenokwKsttreRXn0JadXr-pmHjPJfy-hC_vk2xi0jSUGUYKH7eA (letöltve 2021. október)

10. https://alternativgyogymodok.hu/terapia/vakuum-masszazs/?fbclid=IwAR3INmPPO2VEisyRqIVmc5edOh6PPt1dMAP_1_y1uCGR-yuNe94sVoNqYbU (utolsó elérés ideje: 2021. október)
11. https://www.fitwell.hu/kopolyozes.html?fbclid=IwAR13TOtLVeSLqgat1gm5A5VDzTateYQyZT8Fa_xx6y94lj-UR75W1Cah0I (letöltve 2021. október)
12. <https://balaicza.hu/kopolyozes/> (letöltve 2021. október)
13. <https://masszazs.hu/magazin/gyogyito-terapiak/kopolyozes> (letöltve 2021. október)
14. <http://gyogymasszazshaz.hu/kopolyozes/> (letöltve 2021. október)
15. <https://www.kremmester.hu/kopolyozes-a-nagy-masszazsvalaszto-11-r-esz/>(utolsó elérés ideje: 2021. október)
16. <http://www.icaszepszalon.hu/kopoly.html> (letöltve 2021. október)
17. <https://www.masszazskeszthely.hu/kopoly-2/> (letöltve 2021. október)
18. <http://gyogymasszazshaz.hu/kopolyozes/> (letöltve 2021. október)
19. <https://www.napfenyesgyogy kozpont.hu/6904-2/> (letöltve 2021. október)
20. <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/16554-cupping> (utolsó elérés ideje: 2021. október)
21. <http://gyogymasszazshaz.hu/kopolyozes/?fbclid=IwAR3QpgjkLCdx4cvG3bWhVfeE9rTcjT4AEjMLqFnZZJRxKr0OIKulDw0OuyA> (letöltve 2021. október)
22. <https://fulakumiskolc.hu/kopoly/>(letöltve 2021. október)

“Nem emlékszem” Demencia a családban

Mokánszki Bernadett

1/13.E osztály, Általános ápoló szak (5 0913 03 01), Nyíregyházi Szakképzési Centrum, Zay Anna Technikum és Kollégium, Nyíregyháza, Család utca 11.

INFO	ABSTRACT
<hr/> Mokánszki Bernadett mokanszkibetty@gmail.com <hr/> Keywords dementia, decline, society, prevention, patience	‘I don’t remember’ Dementia in the family. Abstract: Dementia is a special language that has to be learnt to be understood and spoken. It is an unknown word or even an unknown illness for most of the people. According to statistics the number of people who are suffering from dementia is getting higher and higher. The number is doubled in every five year. We can do a lot with prevention, early recognition, healthy lifestyle, mental and physical activity. The aim of my research was to see how dementia effects the feeling of the patients’ relatives, which gender suffers from it more, which group of age is endangered the most in Hungary. I also wanted to know with the help of the result of my research that what society thinks about dementia. I created a questionnaire by Google online form creator. The survey was filled by 105 people. The data is presented by statistical figures and pie charts. The biggest problem was to keep the workplace. Most of the participants, 44.8% were between the age of 36-55. 26.7% of the participants were under 18 and 21.9% were between the age of 19-35 which are also high numbers. I would have liked to catch the attention of the relatives that the most important thing is acceptance because it is common interests.
<hr/> Kulcsszavak demencia, hanyatlás, társadalom, prevenció, türelem	<hr/> Absztrakt: A demencia egy külön nyelv, melyet meg kell tanulnunk érteni, beszélni. Nagyon sok ember számára még ismeretlen ez a szó, illetve maga a betegség. Statisztikai adatok szerint egyre több embert érint a demencia, 5 évenként megkétszereződik az előfordulási arány. Prevencióval, korai felismeréssel, egészséges életmóddal, szellemi, fizikai aktivitással sokat tehetünk ellene. Kutatásom célja az volt, hogy felmérjem, hogyan hat a hozzátartozó érzelmi állapotára a betegség. Melyik nemet, érinti jobban, illetve, melyik korosztályt veszélyezteti leginkább Magyarországon. Kutatásommal arra is választ akartam kapni, hogy manapság a társadalom hogyan vélekedik a demenciáról, illetve a demens betegekről. Összeállítottam egy kérdőívet, melyet a Google kérdőív program segítségével osztottam meg. 105 fő válaszolt az általam feltett kérdésekre. Az adatok szemléltetése statisztikai ábrával, diagrammal történt. A legnagyobb problémát a munkahely megtartása okozta. A kutatásban résztvevők korosztályát tekintve a 44,8 %-a 36-55 év között volt, de a 18 év alattiak és a 19-35 év közötti személyek aránya is magas volt, százalékos arányban 26,7 % és 21,9%. Szerettem volna felhívni a hozzátartozók figyelmét arra, hogy a segítség elfogadása kiemelkedő fontosságú, hiszen az mindenki javát szolgálja.

Bevezetés

A demencia szellemi, értelmi leépülés, aminek következtében az agyszövet sorvad, az agysejtek pusztulnak, az agykérgi sejtek elfajulnak. Sajnos ezek már nem pótolhatók. Progresszív típusú betegség, így az idő múlásával egyre rosszabbodik. Képes a beteg hétköznapi életét befolyásolni a szellemi képesség nagymértékű hanyatlása miatt. A demencia nem egy konkrét betegség, hanem egy olyan tünetcsoport, amely magába foglalja a racionalitás, az értelmi képességek és a memória romlását, továbbá a társas kapcsolatokat, az érzelmi reakciók, valamint a viselkedés és a hangulat megváltozását.

A WHO adatai szerint a világon jelenleg 47,7 millió főre tehető a demenciával élők száma, ez évente kb. 10 millióval nő. A vizsgálatok alapján 2030-ra a várható demens érintettség 82 millió fő lesz, 2050-re pedig elérheti a 130 millió főt (Egerváry és mtsai 2020). Európában több mint 7 millió embert érint a demencia. Magyarországon mintegy 200.000- 300.000 demenciában szenvedő beteg él, ami a lakosság 3%-át teszi ki, a világban pedig 44 millióan szenvednek Alzheimer-kórban. 60 év feletti lakosság körében pedig a növekedési mutató: 54,23%. Az előfordulási arány 5 évenként megkétszereződik. A betegek mintegy 75 százaléka nincs diagnosztizálva. 60-64 éves kor között 1%, 65-69 éves korcsoportban 1,4%, 70-74 év között 5,7%, 80-84 év között 13%, 85-89 év között 22%, 90 éves kor fölött 32% a demencia prevalenciája.

Óriási fontossággal bír, hogy megtaláljuk a személyre szabott bánásmódot. Tudjuk azt, hogy egy halk beszéddel, egy érintéssel, tapintással, egy szemkontaktus felvétellel „csodát” érhetünk el. Fontos, a segítő szakmában (egészségügyben) dolgozók számára, hogy tudják, hogy meg kell teremteni, azt a helyzetet, melyben a demens érzi, hogy biztonságban van, tudja, hogy mindig van valaki, akire számíthat. Van körülötte olyan segítő, aki megérti élethelyzetét, átérezzi, hogy min megy keresztül a betegséget elszenvedő és a családtagok egyaránt. Néha elég csak figyelni, szavak nélkül kommunikálni. A gesztusok, az arckifejezés, a hangsúly, az érintés a legfontosabb elemek, melyekkel a leghatékonyabb közölt kommunikációs (nem verbális). Szoktuk mondani, hogy az érintésnek gyógyító hatása van. Nos, ez valóban igaz, főleg az demens betegek mindennapjai esetében. A humor több betegség kapcsán is bizonyítottan segíti a gyógyulási idő csökkentését, azaz a meggyorsítását. A demencia esetében jó terápiaként szolgál a súlyosbodás lassításában. Általában több dologgal összefüggésben bizonytalanok a páciensek ebben az élethelyzetben, ilyenkor a megerősítés és bátorítás a legcélravezetőbb.

Bizonyára sokakban megfogalmazódott már a kérdés, hogy fel lehet-e készülni azokra a nehézségekre, melyeket a demenciával való együttélés tartogat a számunkra? Már a korai szakaszban, amikor a személyben történő változások még csak részben, és alig vehetők észre, már akkor azzal kell számolni, hogy a demencia egy krónikus, gyógyíthatatlan betegség.

A demencia világnapja minden év szeptember 21. napja. Elsődleges célja, hogy világszerte felhívja a figyelmet az Alzheimer-kór és más demenciák terjedésének veszélyére, visszaszorítására.

Demens beteg gondozása

Gondozása összehangolt, átgondolt cselekvéssorozatot igényel orvosilag, viselkedésben és szociális aspektusokból is. A betegség diagnosztizálásakor megkezdjük a holisztikus és

személyközpontú ápolási terv kidolgozását (ÁEEK 2014), melynek fókuszában nem a betegség, hanem az EMBER áll. Első lépésben beszélni kell a demenciáról, majd készíteni kell egy ápolási tervet, a beteg aktív bevonásával. A későbbiekben ad egy biztos alapot és hasznos irányt a gondozás majdani menetéhez, ill. családon belül is kiváló mankóként szolgálhat. Ennek a segítségével tudjuk majd megállapítani, hogy milyen mértékben, ütemben romlik az egyén állapota. Fontos, hogy a legfontosabb alapinformációkat tartalmazza. A részletesen kidolgozott, elérendő és elérhető célokat megfogalmazott gondozási tervvel már bele lehet vágni egy professzionális és hatékony demencia-szakápolásba. Ezután az információk bővítése következik. Minél többet kell megtudni a betegségről, különösen arról a demenciatípusról, ami a betegünket érinti. A demens beteget gondozónak meg kell tanulnia és tisztában kell lennie a kór lefolyásával, az állapotváltozás várható szakaszaival, a különböző stádiumokban végbemenő fizikális és mentális változásokkal, folyamatokkal. Mindezt annak érdekében, hogy a beteg az aktuális állapotához mért, a számára legmegfelelőbb bánásmódban részesüljön.

Kognitív tünetek

Korlátozott mozgás, dezorientáció, alvásproblémák, hallucináció, paranoia, magatartás – és hangulatproblémák, inkontinencia.

A demencia kialakulásában szerepet játszó tényezők

Elsődleges neurodegeneratív tényezők, másodlagos, vascularis eredetű tényezők, gyulladásos/infectiosus eredet, toxicus metabolikus eredetű tényezők, örökletes betegségek, traumás eredetű demencia.

Demencia tünetcsoportok szerint

Viselkedési tünetek: agitáció, agresszió, nyugtalanság, kóborlás, gátlástalanság stb.

Pszichés tünetek: delúzió, depresszió, alvási zavar, szorongás, halucináció stb.

Demencia stádiumai (Kerekes 2021)

1. Korai stádium: Az egyes fázisok közt évek telhetnek el, mindegyiket speciális problémák jellemzik. A tünetek enyhék. Memóriacsökkenés, jellemzően a friss élményekkel kapcsolatosan. Időbeni tájékozatlanság, pl.: nem tudja a pontos dátumot, évszámot. Térbeni tájékozatlanság, pl.: ismerős helyeken eltéved, nem ismeri ki magát. Nem jutnak eszébe hétköznapi szavak, ismerős nevek. Ezekről a tünetektől sok beteg feszült, szorongó, depressziós lesz.
2. Középsúlyos stádium: Kifejezett tünetek jellemzik, melyek már korlátozzák a mindennapi életvitelben is. Felcserélik a nappalt az éjszakával, térbeli és időbeli orientációs zavarok lépnek fel. Nem tudja, hol van, hogy került oda. Jelentős emlékezetzavar áll fenn, nem jutnak eszébe a családtagok nevei. Csökkent az önellátó képesség, ennek okán szüksége van segítségre a tisztálkodásban, öltözködésben. Jelentős pszichés tünetek is jelentkezhetnek, valamint az ítélőképesség zavara is jelen van.
3. Súlyos stádium: Állandó felügyeletet igényel, mivel szellemileg, fizikálisan súlyos hanyatlás figyelhető meg. Minden szempontból teljes függőség!

A demencia besorolása az életkor alapján, a kórkimenetel szerint, a súlyosság foka szerint, az érintett agyterület alapján, az agyi lebenyek szerint történik.

A kutatás körülményei

Egy internetes közösségi oldalon megosztott kérdőíves kutatást végeztem. 16 kérdésből álló kérdőívet állítottam össze, amely 2021.10.21 és 2021.10.27. között (1 hétig) volt elérhető. Az űrlapot ismerősök és idegenek személyek egyaránt kitöltötték, mindösszesen 105 fő önkéntes töltötte ki az online kérdőívet, ezzel segítve kutatómunkámat.

Kutatásom célja az volt, hogy megtudjam, manapság a társadalom hogyan vélekedik a demenciáról, illetve a demens betegekről. Továbbá hogy felmérjem melyik nemet, korosztályt érinti jobban a betegség, valamint hogyan hat a hozzátartozó érzelmi állapotára. A kapott válaszokat kiértékeltem. Az adatok szemléltetése statisztikai ábrákat, kördiagrammokat készítettem.

Hipotézisek

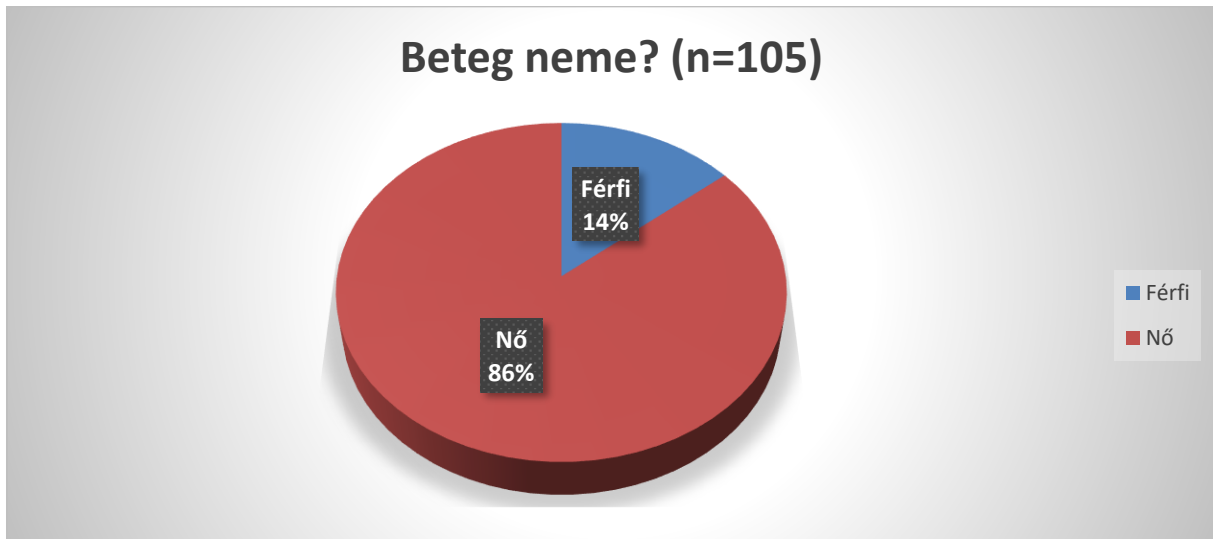
- Feltételezem, hogy a demencia magasabb számban érinti a nőket, mint a férfiakat.
- Feltételezem, hogy 70 év felett, több a demens beteg előfordulása.
- Feltételezem, hogy a demens betegeket inkább intézeti környezetben ápolják, mert a hozzátartozók még aktív korúak, és nem tudják másként a felügyeletet biztosítani.
- Feltételezem, hogy a demens beteg hozzátartozói nehezen élik meg ezt az állapotot.
- Feltételezem, hogy a demens beteg hozzátartozói elfogadják a külső segítséget.

Eredmények

A továbbiakban 100%-osnak tekintetem az összesen beérkezett 105 fő értékelhető válaszait. A kutatásban résztvevők korosztályát tekintve a 44,8 %-a 36-55 év között volt, de a 18 év alattiak és a 19-35 év közötti személyek aránya is magas volt, százalékos arányban 26,7 % és 21,9%. A vidék-város megoszlása eltérést mutatott, a válaszadók 60%-a vidéki.

Szerettem volna megtudni, hogy a női vagy a férfi betegek aránya több? A válaszok alapján az ismertségi körökben női beteg van többségben (86%). Az 1. hipotézisem beigazolódott (1. ábra).

1. ábra: Az ismeretségi körben fellelhető demens beteg nem szerinti megoszlása (%)



Kíváncsi voltam arra, hogy melyik korosztályt érinti nagyobb számban? 75% a 71 és 90 év közötti korosztályból ismer beteget a környezetében, további 20%-uk, az ismerős demens beteg életkorát tekintve az 51-70 év közötti korcsoportba, míg az 5%-uk a 90 év feletti korcsoportba tartozott. A 2. feltételezésem is beigazolódott (2. ábra).

2. ábra: Az ismeretségi körben fellelhető demens beteg életkor szerinti megoszlása (%)



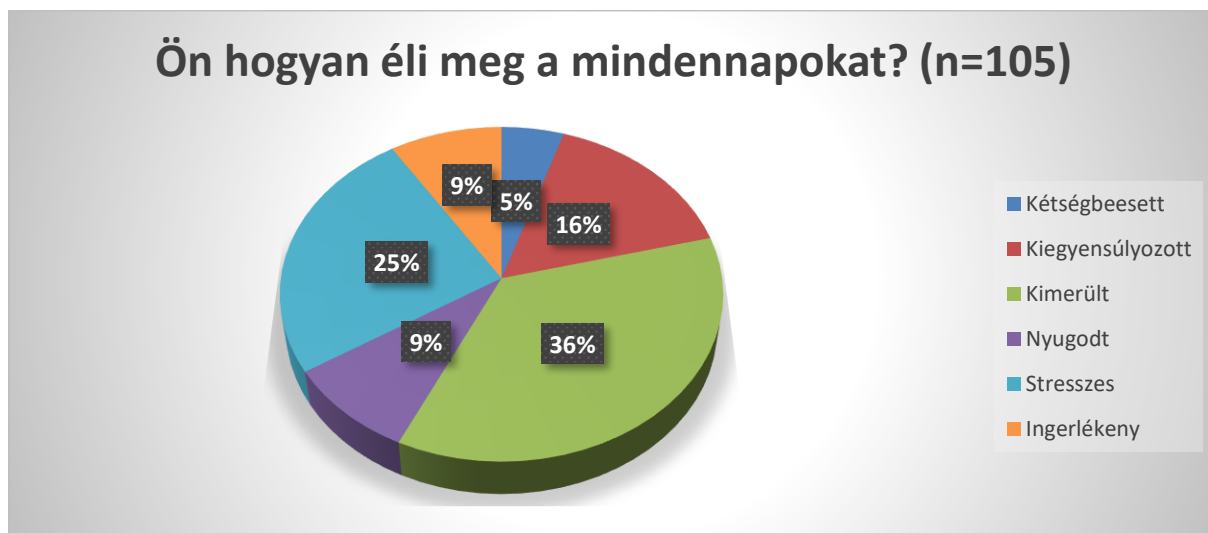
Érdekelt, hogy a betegek hány %-a él családban és hány %-a intézményben. 55%-a él intézményben, 45%-a családban. Beigazolódott a 3. hipotézisem is.

3. ábra: Az ismeretségi körben fellelhető demens beteg lekhelyének típusa szerinti megoszlás (%)



Szerettem volna megtudni, hogy hogyan éli meg a mindennapokat az a hozzátartozó, aki otthon gondozza a demens beteget. A kitöltők 61%-ánál a következő panaszok jelennek meg: 36%-uk kimerültségről, 25%-uk stresszes életről. 16%-os válaszadási aránnyal, szerencsés módon jellemző a kiegyensúlyozottság ill. a nyugodtság (9%) is. A 4. hipotézisem, melyben feltételeztem, hogy nehezen éli meg a gondozó ezt az állapotot szintén beigazolódott (4. ábra).

4. ábra: A gondozó, a mindennapok megélésének szubjektív megítélése (%)



Illetve kíváncsi voltam arra, ha a demens beteg családban él, elgondolkodott-e már a hozzátartozó az intézményben való elhelyezésén. 61% elgondolkodott rajta. Beigazolódott az 5. feltételezésem is (5. ábra).

5. ábra: Az intézményi elhelyezést fontolgatók megoszlása (%)



Összegzés, következtetés

Nagyon fontos a korai felismerés – a betegség szinten tartása, egészséges ételek fogyasztása, laboreredmények (koleszterinszint) rendszeres ellenőrzése, megfelelő mozgás, fizikai aktivitás, a szociálisan aktív élet (moziba, színházba, közösségbe járás) (Magna és mtsai 2021).

A szellemi aktivitásnál kiemelhetjük a keresztrejtvény fejtést, memória játékokat, olvasást, sakkot, idegennyelv tanulást, hangszeren való játszást. Különböző labdajátékok, akár egy hosszú séta is megteszi a kellő hatást. Az állatok szeretete, az állatokkal való foglalkozás is segítséget nyújthat. Pl.: kutyaterápia, lovasterápia. Javasol és célszerű eljárni az éritettnek a szakorvos által előírt kontrollvizsgálatokra. Az egyéni vagy csoportos foglalkozások, memóriajátékok, kirakósok, társasjátékok, pozitív hatással vannak a betegekre.

A demens betegekre különböző külső tényezők hatnak. Ilyen a társadalom, a környezet, a család, egyéb hatások. Megváltoznak a körülmények, megváltozik az egyén is. A legfontosabb lépések közé tartozik, annak felismerése, hogy a családtag magatartásában, tetteiben, kommunikációjában észleljük azokat a változásokat, melyek eltérnek a normálistól. A kórral élő családtag gondozását végző személy segítése legalább annyira fontos, mint magáé a betegé, hiszen a diagnózis legalább annyira érinti a családot is. Tanúja lenni a megmásíthatatlan változásoknak, a fizikai és mentális állapotromlásnak, a személyiség megváltozásának hatalmas pszichés terhet jelenthet a hozzátartozóknak (Lőrincz-Erdélyi 2020). Nehéz elfogadni, hogy az általuk szeretett személy, testében jelen van, de az elméje nem tudni, hogy merre jár. Az egyik leghatékonyabb segítség a betegség elfogadása. Fontos emlékezni arra, hogy ki az a személy, aki a betegség mögött él. A családi összefogás felerősödése/felerősítése kiemelt jelentőségű. Ha ez valami oknál fogva gyengül, vagy a segítség teljesen elmarad, akkor az ápoló családtag olyan kihívások elé áll, amivel való megbirkózás igencsak megpróbáló, embert próbáló lehet. Alapvető cél, hogy a demenciával küzdő idős ember a szellemi leépülése során életminőségét megőrizve, boldogan, jó közérzettel élje az életét. Érzékelje a jó bánásmódot, állapotromlását késleltető támogatást kapjon, képes legyen az adott pillanatok élvezetére. Mindazon eljárások és beavatkozások biztosítva legyenek, melyek hozzájárulnak a demens jól-létének biztosításához. Ez itt azt jelenti, hogy biztonságban érzi magát, érzelmi támogatást kap, a napjait aktívan tölti segítői közreműködésével. Fontos, hogy emberi méltóságát meg tudja

őrizni. Rendkívül fontos, hogy a megfelelő folyadékpótlás, folyadékfogyasztás biztosítva legyen, hiszen amikor már nem tudja mondani, hogy szomjas, akkor a kiszáradás veszélye erősen fennáll!

A demenciánál fontos a széleskörű tájékozódás, a betegség felismerése, a diagnózis felállítása, a betegség tényének elfogadása, a betegséghez való alkalmazkodás, a megváltoztathatatlanba való beletörődés, valamint segíteni, amíg az nem megy a gondozó egészségének a rovására. Nem egyszerű a demens beteggel az élet. A hozzátartozókat nyomja a fizikai-lelki teher, kimerülnek a gondozás során, folyamatosan stresszelnek, tehetetlenség érzet uralja mindennapjait, szoronganak nap, mint nap, büntudat gyötri őket.

Nagyon nehezen élük meg a betegséget a hozzátartozók. A segítségkérést a hozzátartozók az utolsó pillanatra hagyják, amikor már teljesen belefásultak, belefáradtak. A betegség előrehaladtával intézményen belüli elhelyezés szükséges a magatartási, viselkedési problémák miatt, a további állapotromlás elkerülése végett, ill. a család nyugalma, egészségének megőrzése céljából. Az erre kialakított professzionális ismeretekkel, magas szintű gyakorlati tudással bíró team segítségével a demens betegek mindennapjai, a hozzátartozók élete könnyebbé tehető.

Felhasznált irodalom

1. ÁEEK (Állami Egészségügyi Ellátó Központ-jogutódja OKFŐ): Egyéni egészségtervezés módszertani kézikönyv. (2014): https://semmelweis.hu/gytk/files/2017/11/Egyeni_egeszsegtervezes_modszertani_kezikon_yv_finalMF.pdf (utolsó elérés ideje: 2022.05.25.)
2. Egervári Ágnes, Kázár Ágnes, Kostyál Árpád, Kovács Tibor, Skultéti József (2020): A DEMENCIA korszerű szemlélete. SZOCIÁLIS KLASZTER EGYESÜLET. Budapest. https://gokvi.hu/sites/default/files/file/2020/07/06/3G_A%20demencia%20korszer%C5%B1%20szemle%C3%A9lete.pdf (utolsó elérés ideje: 2022.05.25.)
3. Juhász Ágnes – Demencia szakápolás, Balassi Kiadó
4. Juhász Ágnes (2014): Memóriaőrző - Útmutató a demenciával élő betegek gondozásához, Balassi Kiadó
5. Dr. Kerekes Éva (2021): A demencia stádiumai. <https://www.webbeteg.hu/cikkek/demencia/22708/a-demencia-korlefolyasa> (utolsó elérés ideje: 2022.05.25.)
6. Lőrincz-Erdélyi Krisztina (2020): Demencia: otthoni ápolás vagy intézményben történő elhelyezés? <https://www.webbeteg.hu/cikkek/demencia/23993/demencia-otthoni-apolas-vagy-intezmenyben-torteno-elhelyezes>. (utolsó elérés ideje: 2022.05.25.)
7. Manga, A., Havadi-Nagy, M., Székely, O., & Vidnyánszky, Z. (2021). Demencia prevenció: A korai diagnózistól a személyre szabott intervencióig, *Scientia et Securitas*, 2(2), 207-219. Retrieved May 27, 2022, from <https://akjournals.com/view/journals/112/2/2/article-p207.xml> (utolsó elérés ideje: 2022.05.25.)
8. Németh Eszter, Pálfiné Dr. Szabó Ilona, Rottenbacher Ádám (2017) - M stúdium Oktatásszervező Kft. – Demencia gondozó

Felhasznált internetes források

1. www.eletforrasa.hu – Memória melódia
2. www.eletvidamidoskor.hu – Életvidám időskor, filmek a demenciáról
3. www.google.com – demencia idézetek
4. www.hazipatika.com – Az Alzheimer – kór vizsgálata: MMS teszt
5. www.tamaskata.hu – Mini Mental Teszt
6. www.webbeteg.hu – demencia – teszt
7. www.webbeteg.hu – Sokat tehet a demencia megelőzése érdekében

Hodászi és Nyíregyházi szegregátumokban élő ötven évet betöltött roma nők helyzete a közösségben

Németh Adrienn¹, Dr. habil Szoboszlai Katalin²

¹ III. évfolyam, Szociális munka alapszakos, nappali tagozat, duális képzés, DETEP hallgató, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
² témavezető, egyetemi docens Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Társadalomtudományi és Szociális Munka Tanszék

INFO	ABSTRACT
<p>Németh Adrienn 80nemethadrienn@gmail.com</p> <hr/> <p>Keywords research, qualitative, segregation, gypsy women</p>	<p>Community position and roles of Roma women, who are over the age of fifty and living in the Settlements of Hodász and Nyíregyháza</p> <p>The study is a processing of interviews with gypsy women over 50 living in the slums of Hodász and Nyíregyháza. The qualitative method of the research was suitable to investigate the women's housing situation, employment status, health status and their role in the community. By analysing the interviews, I would like to shed light on the family and community roles, living arrangements and health status of gypsy women over 50 living in the settlements. The research is related to my research work at DETEP and the Verzár Frigyes Szakkollégium and it is part of my thesis work.</p>
<p>Kulcsszavak kutatás, kvalitatív, szegregátum, cigány nők</p>	<p>Absztrakt: A tanulmány hodászi és nyíregyházi szegregátumokban élő 50 év feletti cigány nőkkel készített interjúk feldolgozása. A kutatás kvalitatív módszere alkalmas volt a nők lakhatási helyzetének, foglalkoztatásának, egészségi állapotának és a közösségben betöltött szerepének vizsgálatára. Az interjúk elemzésével szeretnék rávilágítani a telepeken élő 50 év feletti cigány nők családi és közösségi szerepeire, életvitelére és egészségi állapotára. A kutatás a DETEP és a Verzár Frigyes Szakkollégiumban végzett kutatói munkámhoz kapcsolódik és része a jövőbeni szakdolgozatomnak.</p>

Bevezetés

Tanulmányomat az ihlette, hogy duális képzésben tanuló hallgatóként a nyíregyházi Huszár lakótelepen töltöm a gyakorlatomat. Közel három éve kísérem figyelemmel az itt élő emberek életét. Ez a lakótelep egy többségében romák lakta szegregátum. A Nyíregyházi Család- és Gyermekjóléti Központ Huszár téri telephelyén dolgozó családsegítőktől sok információt kaptam az itt élő családokról. Érdekel, hogy azok a roma asszonyok, akik már közel állnak a nyugdíjas korhoz vagy már nyugdíjasok, hogyan éltek, nevelkedtek, szocializálódtak, milyen volt a gyermekkoruk, mivel foglalkoztak, milyenek voltak a tanulási lehetőségeik, jelenleg milyen az egészségügyi állapotuk, elégedettek-e az életükkel, milyen közösség veszi őket körül, hogyan látják a jelenlegi helyzetüket. Az elmúlt 50-60 év alatt (az interjúalanyok gyermekkorától máig) két-három generáció nőtt fel és kíváncsi voltam, hogy ezek a nagymamák mit hoztak magukkal és mit adnak tovább.

A cigányság helyzete Magyarországon

A cigányság történelmi előzményeit érdemes megismerni, ahhoz hogy átfogóbb képet kapjunk helyzetükről, életmódjukról. A mindig is vándorló életmódot folytatott népcsoport saját

kultúrával rendelkezett, letelepítésükre, a társadalomba történő integrálódásukra több kísérlet is volt.

A keleti területekről (Hajdú-Bihar, Békés és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye), nagymértékű volt az elvándorlás, főleg északi iparterületek irányába (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád megyékbe). A megélhetés lehetőségeihez, munkavállaláshoz kapcsolódik az elvándorlás az 1960-as években is. Talán van, aki emlékszik az úgynevezett „fekete vonatra”. A vidéki romák tömegei utaztak el Budapestre, Miskolcra, hogy ott dolgozzanak. Azokban a megyékben, ahonnan elindultak, a munkanélküliség fennálló probléma volt akkor is, amikor az országban túlfoglalkoztatottság volt megfigyelhető, és azokban a megyékben, ahová érkeztek, az 1960-as évek vége felé, de még inkább az 1970-es években olyan nagymértékű volt a munkaerőhiány, hogy a cigányokat szívesen alkalmazták. A főváros, mint vándorlási célpont, igen nagy nyereséget sejtetett a romák körében. Az addig mezőgazdasági munkát végzők a kapitalista termelés bővülésével tömegesen költöztek a városokba, hogy dolgozhassanak. „A tartós elhelyezkedés a bányában, a kohóban, a gyárban, általában az ipari munkahelyeken, a rendszeres havi keresetre való berendezkedés nem más, mint proletarizálódás.” (Kemény, 2000:4) Az elvándorlás következményeként megfigyelhető, hogy a szokásaik, életmódjuk teljesen átalakult. Az átköltözés a gyerekek iskoláztatására is nagy hatással volt. Nyelvi asszimiláció ment végbe abban a tekintetben, hogy a régi életformáról újra tértek át (Kemény, 2000).

A szocializmus időszakában az MSZMP KB Politikai Bizottságának 1961-es határozata a cigánykérdést nem nemzetiségi, hanem szociális ügyként határozta meg. Világos, hogy olyan asszimilációs törekvést szerettek volna véghezvinni, amit szociális válságkezelésként ismertettek. Az ország területén ekkor 2100 roma telep volt található, ahol nehéz körülmények között éltek az emberek. Kemény István (2000) egyik ismert kutatásában 1971-ből arról értesülhetünk, hogy a cigányok száma akkoriban már 320 ezer főre tehető. A nem cigányok iskolázottsági szintje emelkedett. A 25-29 éves és 20-24 éves cigányok 26-27 százaléka végezte el az általános iskolát, több mint 70 százalékuk szinte analfabéta volt. A 15-59 éves roma férfiak 85,2 százaléka, a nők 30 százaléka volt aktív kereső (Kemény, 2000).

A szocializmus idején ezeket a cigány embereket a legkevesebb szakértelmet kívánó feladatokra alkalmazták, ilyen volt például a segédmunkás munkakör. A rendszerváltás után, származásuk és a munkakörük miatt a roma emberek a vállalatoknál fölöslegessé váltak, már reményük sem maradt arra, hogy sikerrel érvényesüljenek a munkaerőpiacon. A kapitalizmusban üzleti alapon szerveződött a munkaerőpiac, ami magával hozta a cigány emberek munkahely vesztesét és a családjuk megélhetésének veszélybe kerülését.

Az 1980-as évek végén és az 1990-es évek elején a romák többsége kiszorult a munkaerőpiacról. A regisztrált munkanélküliek száma a 90-es évek végéig 100 ezer fő alatt volt, 1993-ban 703 ezer fővel elérte a tetőpontot (Kemény, 2000).

Az emberek egyre jobban elszegényedtek, mivel nem jutottak munkához. A társadalom működési problémáit jelzi, hogy a munkanélküliség, a jövedelem hiánya az emberek létfenntartását veszélybe sodorta. A feketemunka és a bűnözés került látótérbe megoldásként (pl. tűzifa gyűjtése, fémlopás és értékesítés).

„A rossz jövedelmi viszonyok, a magas munkanélküliség, valamint a hátrányos településszerkezet, és az ezekkel összekapcsolódó alacsony színvonalú lakásviszonyok nagy

létszámú társadalmi rétegekben jelentkeznek komoly veszélyeztető tényezőként, s erőteljesen hatnak a devianciák megjelenése és megerősödése felé.” (Hüse-Szoboszlai-Fábián, 2006)

Ugyanakkor ezek a szegény, jövedelemmel nem rendelkező emberek áldozattá is váltak. Sokan kényszerültek például uzsorát felvenni. Az anyagi függés, kiszolgáltatottság miatt, ezek az emberek mindent megtettek, hogy vissza tudják fizetni a tartozásukat (Hüse-Szoboszlai-Fábián, 2006).

A rendszerváltás az egész társadalomra hatással volt és minden réteg anyagi helyzetét megingatta. Tény, hogy a cigányság helyzetéből adódó problémákra megoldást kellett keresni, jól átgondolt változtatások vártak magukra.

A cigányság országon belüli eloszlása nem egyenletes, szétszóródva találjuk meg őket az ország különböző területein. Az észak-kelet magyarországi településeken legkedvezőtlenebbek a foglalkoztatási mutatók. Ezekben a határ menti, keleti megyékben tovább romlik a munkavállalás lehetősége. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében kiemelkedő a hátrány. Tudva levő, hogy ezek halmozódása tartós leszakadást eredményez és a kilépés lehetősége minimálisra csökken. Az ilyen területeken, halmozottan hátrányos helyzetű családban élő gyermekek, az életet is eleve hátránnyal kezdik, hiszen nekik szüleik ehhez nem tudnak megfelelő feltételeket biztosítani.

A roma lakosság, mint nemzetiség száma 1941 és 2011 között több, mint tizenegyszeresére nőtt. „Világos, hogy a demográfiai tényezők (magas természetes szaporodás) adják a növekedés fő forrását, de emellett szóba kerülhet a nemzetközi vándorlás és az identitásvállalás mértékének jelentős változása (emelkedése) is.” (Habicsek és mtsai, 2019:41)

A 2011-es népszámlálásban módszertani változások következtek be, a nemzetiségi hovatartozást két kérdésben is kérdezték, azonban a 2011-es népszámlálás önbevalláson alapult.

„Statisztikailag kimutatható, hogy Magyarországon a legszámottevőbb etnikum a kisebbségek sorában a cigányság népcsoportja. 2011-es felmérés szerint megközelítőleg 876.000 cigány élt hazánkban.” (Balogh, 2019:19)

Azok az emberek, akik jobb életet szeretnének maguknak és rendelkeznek az ehhez szükséges erőforrásokkal, elköltöznek azokról a településekről, ahol kevés a munkalehetőség, a szolgáltatások hiányosak. Az ott maradók között jelentős a cigány népesség aránya.

Megállapítható számos forrás elemzése után, hogy a roma lakosság aránya és száma az országban folyamatosan növekszik, területi eloszlásuk egyenlőtlen. A kis településeken olyan demográfiai folyamatok mennek végbe, melyek következtében egyes területeken „etnikai gettósodás” az eredménye az elvándorlásnak és az öregedésnek.

Az esélyegyenlőségi politika eredményeként a 2000-es évek elején létrejött az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV törvény. Ez a diszkriminációmentességet teszi lehetővé, így próbálva a cigányság integrációját segíteni.

Összességében elmondható, hogy az utóbbi évtizedekben több kísérlet volt arra, hogy a cigányok be tudjanak illeszkedni a társadalomba. ezek többsége nem hozta meg a várható eredményt. A cigányság nagyobb csoportja hazánkban ma is a társadalom perifériáján él szegregáltan.

Nyíregyházi helyzetkép

Nyíregyháza Megyei Jogú Városban két szegregátum azonosítható 2022-ben: a Huszár lakótelep és Polyákbokor, miután a Keleti lakótelep felszámolásra került 2021-ben. A Keleti lakótelep lakosságának egy része a Huszár lakótelepen került elhelyezésre, kisebb számuk a város egyéb részein lakik.

„Szegregációnak nevezzük azt a jelenséget, amikor egy-egy településen belül a különböző társadalmi rétegek, etnikai csoportok stb. lakóhelye erősen elkülönül egymástól. A szegregáció együtt jár a jövedelmi viszonyok és a települési infrastruktúra lényeges egyenlőtlenségeivel.” (Andorka, 1997:194)

A szegregátumban élő családok hátrányos helyzetben vannak. Ezekről a területekről nehezebb a városba, oktatási intézményekbe, munkahelyre eljutás, rosszabbak a jövedelmi és lakáskörülmények, tehát több szempontból hátrányban vannak a többséghez viszonyítva. A szegregált területeket többféleképpen nevezik– „gettó”, „cigánytelep”, „cigányváros”, „csikágó” –, azonban ezek a fogalmak, amit megjelölésükre használnak, folyamatosan változhatnak. A változás jelzi az adott településpolitikát formáló vezető és az ott élő többség szegényekhez, etnikai csoportokhoz fűződő viszonyát.

„A társadalomnak ebben a szegmensében az emberek folyamatosan veszélyeztetettek: az éhség, a legalapvetőbb civilizációs feltételek hiánya, a kezeletlen betegségek és fogyatékoság, a társas támogató rendszerek hiánya, sőt a terror a szomszédok részéről és a családban, a szegényeket fenyegető sajátos kizsákmányolási módoknak való kiszolgáltatottság és a devianciák legváltozatosabb formái a legszegényebbek gettóiban a mindennapok velejárói.” (Kozma, 2004:59-60)

Huszár lakótelep jelenlegi helyzete

A nyíregyházi Huszár lakótelepen élő emberek meglehetősen rossz helyzetben vannak. A kutatások szerint, az itt élők bennragadtak a telepi életben, kitörésre csekély esélyük van. Az itt lakók nagy része, 80 százaléka születése óta él önkormányzati bérlakásokban (Szoboszlai, 2019). Ezeken kívül nagy gondot jelent, hogy a hátrányok e formája több generációt ölel át.

Egy 2019-ben készült tanulmány kimutatta, hogy a telepen egy háztartásban átlagosan 3,8 fő él. A telepi lakosok havi nettó jövedelme jóval alacsonyabb, mint a Nyíregyházán élőké. A lakók 78 százaléka minősül szegénynek, ha a mediánjövedelem 60 százalékát, mint szegénységi küszöböt nézzük. Jövedelmi különbségek tekintetében, a telepen élők 76,7 százaléka, a két legalsó decilishez tartozik, körükben a jövedelmi szempontból szegénynek minősíthetők aránya is jelentősen meghaladja a városi és az országos értékeket (Fábián, Takács 2019).

Magyarországon a gyermekek felülreprezentáltak a szegények között, a több gyermekes családok fokozottan kitettek a szegénység kockázatának. A szegénység az élet két végpontjánál sűrűsödik, a gyermekek és az idősek érintettek, ezért erre a két csoportra különös tekintettel és figyelemmel érdemes lenni.

Nyíregyháza város szegregátumában, a Huszár telepen található lakások az önkormányzat tulajdonában állnak évtizedek óta. A Huszár telepen ma megtalálható házak és lakások a korábbi laktanya épületei, immáron hatvan éve családok lakóhelyeként szolgál. Mégis felismerhetők a gazdasági épületek, egykori istállók, őrházak, tisztai lakások és a katona

szállások épületei. Tisztek, huszárok és magas rangú emberek éltek itt, a város büszkesége volt a telep. Az itt található lakások felszereltsége, komfortfokozata az 1950-es évekbeli városi átlagot tükrözte minőségét és szobaszámát tekintve is és kiemelkedett abból a szempontból, hogy jó néhány lakásban már fellelhető ekkor a fürdőszoba, ami a benne élők életszínvonalát emelte. Az elkövetkezendő években állami lakásépítési program kezdődött. Ennek következménye, hogy egyre több összkomfortos lakás épült a városban. Így az akkoriban itt lakó emberek elkezdtek kiköltözni a telepi lakásokból és máshol kerestek helyet maguknak. A megüresedett telepi lakásokba pedig olyan emberek költöztek, akiknek megfelelt a csupán komfortos vagy fél komfortos állapot, nyilvánvaló, hogy ezek alacsony jövedelmű családok voltak. Ezek a lakások tehát lényegét tekintve substandard vagyis kifogásolható, gyengébb minőségű, szoba-konyhás, egyedi fűtésrendszerű lakások voltak, ahová az ivóvíz még nem volt bevezetve. A telepi lakásokat nem fejlesztették, évtizedeken keresztül maradtak a körülmények, ezért hiányoznak azok a civilizációs formák, melyek életviteli és energetikai szempontból kényelmesebbé tehetik ezeket a máig az önkormányzat kezében lévő lakásokat (Szoboszlai, 2019).

A helyiek körében Guszev-ként emlegetett városrész megnevezése a 90-es évek előtt volt elterjedt a közbeszédben. Ezt váltotta fel a ma is használt Huszár lakótelep elnevezés, ám sokan mindkét néven emlegetik és ismerik ezt a helyet.

A Huszár lakótelep lakosai problémájuk megoldásában számítanak a mesterséges támogató rendszerek segítségére, mely által több információhoz és segítséghez jutnak az elérhető szolgáltatásokról, támogatásokról. A közszolgáltatások részben helyben is elérhetőek, megtalálható a telepen bölcsőde, óvoda, általános iskola, idősek klubja. Ezen intézmények egy része önkormányzati fenntartású, más részük a görögkatolikus egyház fenntartásában működik, védőnők járnak ki családokhoz, van vegyesbolt, valamint család- és gyermekjóléti szolgáltatás is. A telep szegregált volta miatt a hívőknek a városba kell elmenniük, ha templomba szeretnének menni, hiszen a telepen nem található templom. Bár jelen van a görögkatolikus egyház az itteniek életében is, mégis kevés ember jár el az iskolában kialakított kápolnába. Nincs olyan erős a hitélet és a vallási közösség, mint ahogyan az Hodászon tapasztalható. A telepen működő egyetlen általános iskola fenntartását néhány éve a görögkatolikus egyház vette át, melyet Sója Miklósról neveztek el. Az itt tanuló gyermeket keresztény szellemben nevelik.

Hodászi romák története

Hodász az itt lakó cigányokról és a görögkatolikus cigánypasztorációról vált híressé. 1941-ben érkezett a településre egy fiatal görögkatolikus lelkész, Sója Miklós, aki közel 50 évig szolgált itt, a közösség rasaj-nak, papnak szólította. Érkezése előtt sem ő, sem a püspöke nem tudott az ott élő romákról. Azt a területet, ahol a cigányok laktak, kolerásnak nevezték, mert ott volt a falu dögkútja. 1000-1500 cigány élt ott.

Sója Miklós mellett, hogy a magyar egyházközösségben szolgált, szabadidejében eljárt a cigánytelepi putrikba, hogy ott is hirdesse az evangéliumot. Igazi gondviselője lett a mélyszegénységben élő romáknak. Idővel a közösség adományokból szerzett bevételéből egy vályogházat vásárolt, melyet kápolnává alakítottak. A liturgiát lefordították cigány nyelvre, így az istentiszteleteket az anyanyelvükön tartották. A templomban a romanes cerhári dialektusában zajlanak a misék. Elkezdődött a közösségi evangelizálás. Papi munkája mellett szociális feladatokat is ellátott. Szoros volt az egymáshoz tartozás és a hitélet. Nem osztotta

meg a cigányságot a vagyoni vagy a hitbeli különbözőség. Sója Miklós szociálisan különlegesen érzékeny ember volt.

Őt követte Mosolygó Béla, aki 1981-től 12 évig szolgált itt. 1991-ben az egyházközség önerőből, templomépítésbe kezdett. Külső erők, megosztva az egyházközséget, szektába vitték a közösség jelentős részét. Hitbeli megosztottságuk ma is tart.

Gelsei Gábor lelkész harmadik az itt szolgáló lelkipásztorok sorában. A püspöke rábízta, hogy fejezze be a félbe maradt templom építését, és próbálja visszaállítani a hitben kettészakadt közösség egységét. 1995 májusában szentelték fel a templomot. Ezt követően épült a közösségi ház ([http1](#)).

Hodász jelenlegi helyzete

Budapesttől 300 kilométerre, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében található Hodász település, Nyírbátor és Mátészalka között, az ukrán és a román határ közelében, a Mátészalkai járásban, az Észak-alföldi régióban. A kistérségben 19 olyan település van, amely szegregálódott vagy található a területén szegregátum. A rendszerváltásig főleg szarvasmarhatartással foglalkoztak a férfiak, míg a nők a helyi parasztnál dolgoztak napszámosként. Manapság a lakosság leginkább mezőgazdaságból él, illetve ingázik a közeli városokba, Mátészalkára, Vásárosnaményba. A faluban autóbuszjárat és vasúti közlekedés is biztosított.

Népességét tekintve a mintegy 3500 főből körülbelül 1700 fő a cigány lakosok száma. Hodász jól körül határolható, szegregált részén lakik a több mint 1000 főt számláló oláh cigány közösség. Erre utaló neveket mutat már az 1820-as években a magyar görögkatolikus egyházközség anyakönyve. Hodászon többféle cigány nemzetiség él együtt, az oláhok mellett jelen vannak a romungrók is. Anyanyelvük szerint kétfajta cigány lakik a településen: vannak, akik beszélnek a romani, azaz a cigány nyelvet, és vannak, akik már elfelejtették, nem beszélnek a nyelvet. Ez utóbbiakat nevezik magyar cigányoknak ([http1](#)).

„2001-ben a település lakosságának 85%-a magyar, 15%-a cigány nemzetiségűnek vallotta magát.” ([http1](#)) 2010-ben Hodász állandó népessége 3432 fő.

Az itteni görögkatolikusok hagyományosan oláh cigányok, akik beszélnek a saját nyelvüket és a lovári nyelvnek a cerhári dialektusát is, ápolják a hagyományaikat a nyelvben, a táncban és az énekekben egyaránt. Ellentétek, feszültségek a templomba járásban és a vallásosságban nem érzékelhetők a magyarok és a görögkatolikus oláh cigányok között. Jelenleg Kanyó Árpád a lelkész itt. A görögkatolikus cigány parókia a Nyíregyházi Egyházmegye fenntartásában működik.

A Hodászi Cigány Egyházközség jelentősége nemcsak Magyarországon kiemelkedő, hanem Európában is, hiszen a görögkatolikus egyház olyan intézményeket hozott létre, melyek a roma emberek megbecsülését és önbecsülésének visszaállítását tűzték ki célul, támogatva és megerősítve a romák vallásosságát és kultúráját. A hodászi roma közösség népszokása időközben kiegészült a katolikus vallási élet hagyományaival, főként a jelesnapok vonatkozásában. Valamivel a rendszerváltás előtt kezdtek kivetközni a népviseletből, elsősorban a média hatására, valamint a többségi társadalomtól várt elfogadás reményében.

1970-ben a cigány telep közepén egy madzag óvodát hozott létre Rézműves Mihályné Lina. Egy évvel később ide egy cigány nemzetiségi óvoda épült, így a cigány gyermekek is járhattak óvodába, ahol két nyelven élvezhették a meséket és vehettek részt a foglalkozásokon - ma ez az alapító nevét viselő Biztos Kezdet Gyerekház. A helyi halmozottan hátrányos helyzetű

gyermeknek kora gyermekkorban már egyenlő esélyt biztosít a képességek kibontakoztatásához. Lina diplomát szerzett, és ő lett az első cigány óvónő az országban.

Kiépült Hodászon egy olyan cigány egyházi komplexum, ami egyedülálló az országban. Ezt a célt szolgálják a következő intézmények: Cigány Templom, Idősek Napközi Otthona, Szent Illés Szeretetotthon, Családok Átmeneti Otthona, Cigány Közösségi Ház, Szociális Konyha, Cigány Óvoda. Legutóbb pedig a Hagyományok Házának nevezett kulturális központ is megkezdte a működését. Így napjainkban az óvodáskortól egészen az időskorig elkíséri az intézményrendszer a cigány és a nem cigány emberek életét.

A köznyelven a falu cigány telepnek nevezett részén, a csökkentett értékű házak között található a Roma Tájház épülete, mely az első ilyen jellegű épület Magyarországon. Célja: a helyi közösségépítés, a roma hagyományok és örökség megőrzése. Széleskörű művészeti, kulturális, fejlesztő foglalkozásokat nyújt a környékbeli gyerekeknek.

A hodászi cigányság integrálása ezen intézmények révén halad. Számukra a legnagyobb elismerés és dicséret így fogalmazódott meg: „Európába a cigányok a hodászi úton juthatnak” ([http1](http://)).

A vidéki Magyarországon ma is megtalálható gettófalvak, romák lakta szegregátumok alakultak ki. A központi politikai intézkedések megvalósulására a helyi hatalmi erőviszonyok voltak hatással. Ezek a ma is érzékelhető demográfiai, társadalmi folyamatok megteremtették a szegregáció új formáit ezeken a telepeken, így Hodászon is.

Hodászi telep

„Szegregátumnak minősülnek azok a területek, ahol az alacsony státuszú népesség aránya meghaladja a 40%-ot...” „A KSH a 2001. évi adatok alapján minden 2000 főnél nagyobb lakosságszámú településen jelöl szegregátumot” (Forrai, 2012:57). A lakónépesség közel háromötöde szegregátumban élt Hodászon a KSH 2001. évi Népszámlálás adatai alapján (Forrai 2012).

Hodász település meglehetősen változatos képet mutat. Három szegregátum található 2022-ben Hodászon, melyeket számmal jelölnek. A település 3408 fő népességéből összesen 1597 fő lakik ezeken. A legnagyobb a 2-es számú, mintegy 1078 fő lakossal.

2012-es jegyzői adatok szerint (Forrai 2012) Hodászon a lakások száma 1015 db, önkormányzati bérlakás, ebből 7 db. Víz 75, áram 95, gáz 60 százalékukban van bekötve, egynegyedük komfort nélküli. Az itt élők az 1960-as években épült kertes házakban laknak, viszonylag szegény körülmények között. A hátrányos helyzetű óvodás gyermekek aránya 80 százalék, halmozottan hátrányos helyzetű 59 százalék. Közmunkákból, alkalmi munkákból tartják el magukat az emberek.

A falu folyamatosan pályázik, hogy az itt élők életét segítse, támogathassa. Hodász Nagyközség Önkormányzata nyertes pályázat keretében, vissza nem térítendő támogatással megvalósított két programot az elmúlt 5 évben (EFOP pályázatok), de korábban is megvalósultak fejlesztések, jellemzően a 2. számú szegregátumban élőket segítve. Ahogy arról Hodász település hivatalos honlapján tájékozódhatunk ([http1](http://)) ilyen volt például a „Komplex telep-program megvalósítása Hodász településen” EFOP-1.6.2-16-2017-00013 és Komplex telep-program megvalósítása Hodász Településen- infrastruktúra fejlesztéssel című EFOP-2.4.1-16-2017-00039 pályázat. Ezen programok a település egységességét erősítve a szegregálódás mértékének csökkentését célozták meg és a település teljes lakossága számára biztosított olyan akciókat, amelyek növelik

az elfogadást, felzárkózást, esélyegyenlőség javítását. Szintén célja volt a programnak a lakhatási körülmények javítása és környezeti infrastruktúra fejlesztése, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés elősegítése (bérlakások építése, önkormányzati bérlakás felújítása, szolgáltatóház építése a szegregátumon kívül és szolgáltató pont létesítése a 2. számú szegregátumban (http1).

Hodászi és Nyíregyházi szegregátumokban élő ötven évet betöltött roma nőkkel készült interjúk elemzése

Kvalitatív módszerrel kutatást végeztem, mélyinterjúkat készítettem és vizsgálatomban arra kértem meg interjúalanyaimat, hogy meséljenek életükről, gyermekkorukról, iskolai tanulmányaikról, tanulási motivációjukról és példaképeikről, munkahelyeikről, egészségi állapotukról, hagyományaikról, mennyire elégedettek életükkel, milyenek ítélik meg az embereket és a közösséget a lakóhelyükön, van-e valamilyen szerepük a közösség életében. Így tanulmányom elemzésében ezeket veszem sorra a következőkben.

Interjúalanyaim 50-70 év közötti életkorúak voltak, kritériumként jelöltem meg a betöltött 50 évet és kizárólag roma nőket kérdeztem, akik Hodászon vagy a Nyíregyháza város Huszár lakótelepi szegregátumában élnek.

Az első 10 interjú Hodász településen készült 2020.10.01-én, egy közösségi házban. A közösségi ház egyik irodájában beszélgettem ezekkel a nőkkel. A második 10 interjú a Nyíregyháza város szegregátumaként ismert Huszár lakótelepen készült 2020.10.02-án. Az interjú alanyaival ez esetben a Nyíregyházi Család –és Gyermejjóléti Központ Huszár téri telephelyén található iroda egyik helyiségében beszélgettem. Előre megbeszéltem az időpontban érkeztem a telepre, ahol a roma nők is megjelentek. A vírushelyzetre való tekintettel maszkban történtek a beszélgetések, a szükséges távolságot megtartva. Elmondtam az interjúalanyoknak, hogy az interjú anonim, tehát a nevüket nem tüntetem fel sehol, illetve, hogy rögzíteném a beszélgetést. A felvételbe beleegyeztek, így telefonnal hangfelvétel készült.

A tanulmányom további részében idézőjelben tüntetem fel és szó szerint idézem az asszonyok által elhangzottakat, melyek az adott településhez és adott témához kötődnek.

Valamint 2 táblázatba foglaltam össze a két telepen készült 10-10 interjúban elhangzottak alapján az iskolai végzettséget, foglalkozást és az alanyok életkorát. Ez a tanulmány végén a Mellékletek közt található. Az anonimitás miatt neveket nem említek a táblázatban, helyette számokkal jelölöm a tíz megkérdezett asszonyt.

1. Gyerekkor, élettörténetek

A Hodászon élők gyermekkoruk szegény volt, ezt támasztják alá az elmondottak. Ugyanakkor a családi béke, szeretet szinte mindenkinél megvolt. A most ötven év feletti asszonyok gyermekkoruk az 1970-es években volt.

Egybehangzóan állítják, hogy Sója Miklós, a pap segítette és terelte őket jó irányba és neki nagyon sokat köszönhetnek.

„Az egyház egy életet adott, egy irányt.” 7. sz. interjú Hodász

„Idehozott engem Isten. Sója átkeresztelt engem görögkatolikusnak. Én azóta útját járom Istennek.” 10. sz. interjú Hodász

Mind a 10 interjúalany megemlíti és szavaival áldja Sója Miklós atyát, aki mindenben segítette őket. Sok gyereknek cipője sem volt. Boldogan idézik fel, amikor az atya egy füzettel a kezében

járva, egy-egy gyermeknek körberajzolta a lábát, hogy adományként adhasson cipőt nekik. Az egyik hodászi nő elmondja, hogy édesanyja analfabéta volt és nem tudta elolvasni azt a kis cetlit, melyet az atya hagyott üzenatként a spóron. Az üzenet azt tartalmazta, hogy hozott egy cipőt az akkori kislánynak, sikerült a méretében kapni egyet. Ezt a cipőt az atya elvitte a házukba és betette a lerbe. (A ler egy mai tűzhely sütő részének felel meg.) A levélben kérte, hogy vegyék ki a cipőt, mert oda tette és nehogy elégessék. Az anya nem tudott olvasni, mire a kislány hazaért, az anyja begyűjtött és a cipő elégett. Mások említik, hogy ruhát kaptak, tanította őket az atya olvasni.

Az interjúalanyok fele nyilatkozta, hogy helyben született, másik részük a szomszédos településeken és onnan költöztek Hodászra vagy már fiatalon 15-18 évesen ide házasodott.

Többen említik, hogy az iskola után elkerültek a testvérek egymástól. Sokan Pesten és a környékbeli városokban alapítottak családot és dolgoztak.

Elmondják, hogy a szüleik az úgynevezett fekete vonattal jártak dolgozni. A cigány nyelvet már születésüktől tanították a gyerekeknek a hodászi nők.

„Édesanyám dolgozott, minket nagyanyánk nevelgetett, úgy ahogy tudott. Segített anyukámnak, mert ő pestre járt dolgozni, mert annak idején volt ez a fekete vonat és anyukánk is elment dolgozni.” 7. sz. interjú Hodász

A Huszár lakótelepiek szintén szegény körülmények közt nevelkedtek. Köztük már gyerekkorban több volt a válás vagy a csonka család. Az itt élők nem tanultak cigány nyelvet. Az ő életükben nem volt jelen az egyház. Az interjúalanyok nyilatkozata alapján 10 nőből 4 született és maradt is a telepen. Pestről, Egerből, Salgótarjából, Újfehértóról költözött ide további 4 nő, akik férjhez mentek és itt telepedtek le és 2-en a környékbeli bokortanyáról költöztek ide.

„Először is, mi kilencen voltunk testvérek, nekem édesapám vajda volt, itt a Huszár lakótelepen. Én itt születtem és itt anno idején az élet nagyon, de nagyon jó volt.” 4. sz. interjú Huszár

„A gyerekkoromról! Hú, hát a szegénység az volt, az jut eszembe, de mégis megvoltunk szépen. 6. sz. interjú Huszár

2. Iskolázottság

Az, hogy a roma gyermek hogyan teljesít az iskolában több tényező is befolyásolhatja. A lemaradásban, lemorzsolódásban szerepe van a körülményeknek, vagyis, hogy az ország melyik régiójában él a gyermek, hátrányos helyzetű településen lakik-e, és sújtja-e a tanulót társadalmi elszigeteltség vagy sem. Nagy segítséget jelentene a gyerekeknek, ha tanulásukat motiválnák, akár a szülők vagy a tanárok. A Hodászon élők esetében ezt a helyi pap szorgalmazta, melynek eredménye megmutatkozik a megkérdezettek iskolai végzettségében.

Hodászon az oktatást tekintve több egymást követő osztályban a helyi cigányság szinte valamennyi tagja befejezte általános iskolai tanulmányait. Ezt követően OKJ – s tanfolyamokban házi gondozó – szociális gondozó és ápoló, dajkaképző, konyhalány képzés elvégzése után szakmát szereztek a Munkaügyi Központtal közösen szervezett tanfolyamok keretében Hodászon. Az igazsághoz hozzátartozik, hogy ezeknek a képzéseknek az elvégzéséért anyagi juttatásban részesültek, ám az itt végzettek jelentős része állást talált helyben, köszönhető ez annak is, hogy Hodászon a szociális ellátórendszer ki van épülve.

Az hodászi interjúalanyok közül 2 nő rendelkezik érettségivel, 1-nek semmilyen végzettsége nincs, 8-an befejezték az általános iskolát és egy vagy több nő szakmát is szerzett.

„Családok Átmeneti Otthonába dolgozok, itt szembe. 2001-be kerültem be. Közmunkába kezdtem egy cigány óvodába, átkerültem az egyházhoz takarítani a papnál. Majd tanulgattam.”

7. sz. interjú Hodász

Arra a kérdésre, hogy a gyerekeiket miért taníttatják így válaszolt az egyik asszony:

„Más lett a világ. Vannak igényeink. Segített nekünk pap bácsi beindulni az iskolába. Ha ti nem tanultatok, a gyerekeitek tanuljanak! Minden családba van olyan, akinek van valamilyen iskolája.” 4. sz. interjú Hodász

A Hodászon élők elmondása szerint sokan a helyi pap hatására és segítségével kezdtek el tanulni, befejezni az általános iskolát, illetve a szülők ösztönözték őket ebben.

„Megint egy pap, Gelsei Gábor. Szorgalmazott, hogy menjek érettségizni. De én is kellettem hozzá.” 7. sz. interjú Hodász

A Huszár lakótelepen élők esetében az egyház nem tölt be jelentős szerepet. Akik az általános iskolát elvégezték és szakmát is szereztek, azok aránya kevesebb, mint a Hodászon élők körében. Leginkább szülői ösztönzés után folytatták a tanulmányokat.

A telepi vizsgálat adatai azt mutatják, hogy a Nyíregyházán telepi körülmények között élők körében jellemző, hogy alacsony, tehát 8 általános iskolai végzettséggel rendelkeznek, igen alacsony azok aránya, akik pedig érettségit is szereztek. A férfiakhoz képest magasabb a nők aránya, ha a legalacsonyabb iskolázottsági szintet nézzük, ez betudható annak, hogy sok fiatal roma lány már a tízes éve elején teherbe esik. A telepi körülmények között élők körében inkább nem jellemző, hogy érettségivel, vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeznek (Balogh, 2019).

A Huszár telepen 10 megkérdezettből csak 2 embernek van szakmája, többiek csak az általános iskolát fejezték be, 2 nő még azt sem.

„A szüleim küldtek iskolába, de csak a 7 osztályom van meg. Aztán lettek a gyerekek oszt nem tanultam mást.” 6. sz. interjú Huszár

3. Foglalkozás, munkahelyek

A foglalkoztatást tekintve az látható, hogy a Hodászon élők nagyobb hajlandóságot mutatnak a tanulás és továbbképzés irányában és ennek következménye, hogy olyan képzéseken vesznek leginkább részt, illetve olyan képzéseket szerveznek, amelyek elvégzése után a környéken el is tudnak helyezkedni. Többen nyilatkozták, hogy ápoló-gondozó, konyhai kiegészítő végzettséget szereztek és a helyi szociális intézményekben dolgoznak. Van, aki közfoglalkoztatottként, van, aki főállásban.

Egy hodászi nőt arról kérdeztem, milyen élményei vannak a hodászi szociális intézményekről, mivel ő is éppen az egyikben dolgozik. Illetve a képzésről, melyet ő is elvégzett és munkát is kapott ezáltal. Így válaszolt:

„Jó élményem volt, még akkor Lina néni volt. Na, akkor tájba jártam én az óvodába, amúgy dolgoztam ott is.”

„Fizettek is érte, de amúgy tanultam is. Innen sokan voltak a lányok tanulni.” 3. sz. interjú Hodász

A Huszár lakótelepen élők közül is többen dolgoztak és dolgoznak most is, ám itt nem jellemző, hogy szakmát is szereztek. Leginkább a nyolc általános iskolai végzettséggel helyezkedtek el

főként közfoglalkoztatásban, alkalmi munkában vagy szakmai végzettséget nem igénylő munkát végeztek.

Az alacsony iskolai végzettség, szakma hiánya, és a roma etnikumhoz való tartozás nehezíti ezeknek az embereknek a munkaerőpiacon történő részvételét. Mindez magával hozza, hogy munkanélküliség, majd ennek következtében jövedelmi szegénység alakul ki. Az itt élő roma családokat ezek az elhelyezkedést gátló tényezők jellemzik, így a romák foglalkoztatása elmarad a nem roma népességhez képest. A foglalkoztatottak aránya 11,6%-kal nőtt, az inaktívok aránya pedig csökkent 2014 és 2017 között, köszönhetően a közfoglalkoztatásnak. A közfoglalkoztatásban 41,8% a romák és 4,2% a nem romák részvételi aránya. Már a negyedik generáció nő fel úgy a telepen, hogy szüleik, nagyszüleik, elsődleges munkaerő piaci jelenlétét megtapasztalnák (R. Fedor és Balla, 2019).

Elmondható, hogy a mintában szereplő ötven évet betöltött roma nők szinte mindegyike dolgozott, vagy dolgozik most is. Már gyerekként - egy családban akkoriban is több gyerek volt - sokat segítettek a ház körül, illetve dolgoztak a szüleikkel a közeli földeken. Gyermekfelügyelet nem volt, hacsak a nagyszülők nem segítettek, így a gyerekeket is vitték magukkal. Abban az időben, még ezt látták szüleiktől. Ez mára változott.

„Édesapám világ életébe dolgozott.” 4. sz. interjú Huszár

„Néha almát is szedek, mennék még most is dolgozni.” 5. sz. interjú Huszár

4. Egészségi állapot

Mindkét településen a 10-10 interjú esetében kitűnik a tüdőbetegség, magas vérnyomás, mint fő megbetegedés. Ezek az asszonyok fizikai munkát végeztek életükben és a lakáskörülményeik is rosszak voltak, ami hozzájárulhat az egészség romlásához. A Huszár lakótelepen mai napig fával fűtenek és főznek az ott élők kályháiban, ami szintén nem túl egészséges.

Hodászon 10 megkérdezettből 6-an válaszolták azt, hogy vérnyomás problémával küzdenek, jellemzően magas vagy ingadozik. 2-en egészségesnek tartják önmagukat saját bevallásuk szerint. Előfordul depresszió, nőgyógyászati műtét, cukorbetegség és asztma is a többi 2 nő esetében.

„Egészségileg, köszönöm szépen. Magas vérnyomásos vagyok, ha többet dolgozok, fáradékonyabb vagyok, de próbálok a napomat széppé tenni. Kapálok, főzök, takarítok, próbálok édesanyámra is gondot viselni Tudatosan próbálok csinálni magamnak azt, amitől jobb lesz a napom. Vagy zenét hallgatok.” 7. sz. interjú Hodász

Huszár lakótelepen szintén 10 megkérdezettből 6-an betegeskednek. Esetükben valamilyen tüdőbetegség a mérvadó (asztma), 1 ember agyvérzést említ, 1 magas vérnyomást, 2-en valamilyen műtéten is átestek, 1 ember vallja egészségesnek magát.

A lakók egészségi állapotát tekintve a lakótelepek kedvezőtlen képet mutatnak. Kutatási eredmények azt mutatják, hogy nyíregyházi lakótelepen élők egészségi státusza elmarad a város átlag populációjához képest. A Huszár telepi nők jónak ítélik egészségi állapotukat, azonban nem egészségtudatosak és megelőzésre nem fordítanak figyelmet. Pozitív azonban, hogy a háziorvosi és védőnői szolgálat elfogadott a lakosok körében, ezért kiemelten kell kezelni azokat a prevenciók szolgáltatások megismertetését, melyeket ezek a szakemberek végeznek. A hátrányos helyzetű csoportok egészségi állapotának javítása az egészségügyi alapellátáson

keresztül valósulhat meg, ezért fontos lenne a szolgáltatásokat bővíteni (tüdőszűrések, fogászati ellátás, családtervezési tanácsadás) (Jávorné és Takács, 2019).

„Volt két műtétem, pajzsmirigyes vagyok. Hát bírom még magamat, muszáj is ott vannak a gyermekek. Megvagyok. Tornázni szoktam csak úgy magamnak nyújtózkodok, sétálok. Meg van egy kis kert is, abba szoktam dolgozni az is jó kis mozgás. Aztán ott a finom zöldségek, azt esszük, ha van, meg szoktam berakni is ezt-azt, ami van kis gyümölcsöket.” 6. sz. interjú Huszár
„Asztmás vagyok. De más betegségem nincs, jól bírom magamat, még biciklizek is. Mozgok, gyalog járok mindenhova.” 5. sz. interjú Huszár

5. Elégedettség

A szeretet, családi béke és összetartás megvan, bár a család tagjai elkerültek egymástól, tartják a kapcsolatot.

A két településen egyetértés van abban, hogy nincsenek megelégedve az életükkel, abban a tekintetben, hogy szegények voltak, így nőttek fel, nélkülöztek. Leginkább a szegénység az, amire panaszkodtak, nem voltak egyenlő lehetőségeik, emiatt szenvedtek hátrányt. Ennek ellenére sokan azt válaszolták, hogy elfogadják a helyzetüket, beletörődnek.

A Hodásziak esetében a vallás és az egyház szerepe nagyban befolyásolja az elfogadást, hálát adnak azért is, amijük van.

„Isten tenyerébe vagyok. Ő kiemel engem olyan pocsolyából, olyan viharból, a házam ázik! De nem baj...De Istenbe gazdagok vagyunk.” 5. sz. interjúalany Hodász

Hodászon az emberek jobban szeretnek élni, senki nem mondta, hogy elköltözne.

„Szeretek itt lakni, én már nem is tudnék máshol élni. De jobb világ volt régen.” 10. sz. interjú Hodász

„Ez a szülőházam, itt születtem itt halok meg.” 8. sz. interjúalany Hodász

Viszont a Huszár telepről, ha tehetnék, sokan elköltöznének. Elfogadják, beletörődnek helyzetükbe, mert nem tudnak mit tenni. A közösségre nem igazán számíthatnak, sokan elvonulnak inkább lakásaikba.

A fiatalok viselkedésében megjelenik a vandalizmus, droghasználat, prostitúció, már fiatalon dohányozni és drogozni kezdenek. A lakosok egy része menekülést keresve belekeveredik bűncselekményekbe, illetve többféle kábítószer kipróbál és használ, és mint könnyű pénzkereseti lehetőség a testből próbál pénzhez jutni.

A prostitúció a szegénységgel, kiszolgáltatottsággal, áldozattá válással hozható összefüggésbe, csak úgy, mint a fent leírt uzsora esetében, ezért ezeknek az embereknek szociális segítségre és nem büntetésre lenne szükségük (Szoboszlai, Hüse, Fábán, 2015).

Anómiára utal a fent leírt három kriminológiai összetevő. Az anómia ellentmondást jelent a társadalmilag megengedett viselkedés és társadalmilag elfogadott célok között (Merton, 2002).

„Nem szeretek itt lenni, ha tehetném, elmennék, de miből? Én itt ezekkel nem nagyon foglalkozok, nem szabad. Hát mert itten pletykálnak, veszekednek, isznak, drogoznak. Á.. nem jó. Nem szabad. Itten csak a csúnya szók mennek. Csak részeg embereket látni. Itt nem is szabadna gyerekeket nevelni. Nem vagyok boldog. Én magamnak ott elvagyok. Az a legjobb, mikor az ember nem megy senkinél, nem foglalkozik senkivel, ide az idősek klubjába eljövök mindig, itt jól érzem magam.” 5. sz. interjú Huszár

„Mivel itt születtem én szeretek itt élni. csak mán minden másabb, az emberek nem olyanok, mint voltak... ahogy múltak az évek, úgy az emberek nem lettek annyira megértőek, mint anno idején. ” 4. sz. interjú Huszár

6. Hagyományok őrzése, továbbadása

A Hodászon élők nagyobb számban említették, hogy őrzik a hagyományokat, ez leginkább a nyelvet érinti, valamint a táncot, éneklést, de itt is kihalóban van már a régi tényleges hagyományok őrzése és továbbadása.

„Összefogunk, igen. Van egy ilyen maradványa Sója résznek, az mind össze van fogva, míg élünk.” 4. sz. interjúalany Hodász

A görögkatolikus vallási közösség tagjai számíthatnak egymásra, a közösségi házban szerveznek rendezvényeket. Farsangra még jelmezbe öltöznek, tartanak születésnapokat, közös főzéseket, ilyen tekintetben közösségi életet élnek, az a korosztály tartozik leginkább ide, amelynek tagjai Sója Miklós mellett nőttek fel. Ő összekovácsolta az akkori közösséget. Az akkori gyerekek mára nyugdíj előtt állnak vagy már nyugdíjasok. Az ő gyermekeik már elvétele követik szüleiket. Ahogy nyilatkozott a 4. sz. interjúalany Hodászon: *„változik a világ, másak az igények, amíg mi élünk megmarad az összetartás.”*

A Huszár telepiek a cigány nyelvet már alig ismerik, ezt nem is viszik tovább. A többi roma hagyományt sem tartják.

„Mit is mondjak, hagyomány? Amit láttam anyámtól, azt csinálom. Azt adom a gyerekeimnek. Ünnepekkor szoktam főzni, egyéb szokás nincs nálunk.” Nem beszélünk csak magyarul.” 6. sz. interjú Huszár

„Csak a magyar hagyományokat őrzöm.” 8. sz. Huszár

7. Szerepek a családban, közösségben

Többen említik, hogy a szülők, a család fontos szerepet töltött be az életükben. Ők segítettek mindenben.

Csaknem egyezés figyelhető meg a tekintetben, hogy ezek a nők azt nyilatkozzák, hogy ők elsősorban anyák. Tehát a szerepük a családban az anyaság, főzés, mosás, gyereknevelés, háztartásvezetés, a család összetartása a feladatuk.

„Mosok, főzök, takarítok, ami a nő és az anya dolga a családban, más nincs.” 8. sz. interjú Huszár

A Huszár telepiek nem részesültek olyan mértékű egyházi támogatásban, mint a Hodásziak, hiszen abban az időben, amikor ezek a nők voltak fiatalok, a telepen nem volt jelen semmilyen egyház. A vallásnak kevésbé van szerepe az ő életükben, annak ellenére, hogy a telepí iskola görögkatolikus fenntartású és itt is van kápolna, szerveznek miséket.

„Nem érzem magam a közösség tagjának, köszönök, de nincs szorosabb kapcsolatom senkivel a családomon kívül.” 8. sz. Huszár

Vizsgálva a lakosok személyes és bizalmas kapcsolatait azt látjuk, hogy a magukhoz hasonló szociodemográfiai jellemzőkkel rendelkezőkkel tartanak kapcsolatot. A kapcsolatrendszerük homofil. Alacsony a bizalmas kapcsolattal rendelkezők száma és magas azok aránya, akiknek egyáltalán nincsenek bizalmas kapcsolataik (Huszti, 2019).

Ha a közösségben betöltött szerepüket vizsgáljuk, az látható, hogy a hodásziak az egyház szerepét említik, tehát fontosnak tartják, hogy részt vesznek az egyház által szervezett tevékenységekben. Jó szívvel emlékeznek vissza gyermekkorukra a szegénység ellenére is, mert a közösségben akkor is jól érezték magukat. Máig templomba járnak, énekelnek a kórusban. E tekintetben mindenki azt vallja, hogy a közösség összetartó, ez a vallási közösségre vonatkozik, azon belül is lehet valaki magyar vagy cigány.

„Uram ez a testvérem mert cigány, de a magyarok is, mert egyek vagyunk mindnyájan...A magyar az oláh cigány a romungró egybetartanak. „8. sz. interjú Hodász

Ám többen úgy válaszoltak, hogy az élet itt és a közösség, mármint a hodászi településen élő emberek összességében már nem olyanok, mint régen. Változott a falu vezetése, más lett a polgármester, felnőttek új generációk, sokan elmentek, meghaltak, új papok váltották egymást. Az elhangzottakból azt érzem, hogy maga Sója Miklós munkássága felölelt egy időszakot, amelyben ezek a nők felnőttek, szocializálódtak és adtak tovább mindebből valamit gyermekeiknek, de az ő elmúlásukkal lassan elhalványul, elmúlik minden. Széthullik a közösség.

„Régen jobban összetartottunk. Isten előtt itt mindenki egyforma. Nekünk a templom a mindenünk.” 4. sz. interjúalany Hodász

Hasonlóságok és különbségek a két szegregátum között

A gyermekkort és a tanulást nagyban meghatározza az anyagi helyzet. Mivel ezek a nők szegénységben és nélkülözésben nőttek fel, a lehetőségeik korlátozottak voltak. Ez mindkét esetben elmondható. Sokan csak később tudtak tanulni, akár azért, mert anyagilag nem engedhették meg, akár azért, mert teherbe estek.

A Huszár telepiekre jellemző, hogy a gyermekek születése után nem tanultak, hiszen dolgozniuk kellett, és minden háztartásban sok gyermek született, akiket el kellett tartaniuk. Mindezek következménye, hogy életük során is sokan nélkülöztek és nehéz anyagi helyzetben teltek el az aktív éveik, hiszen megfelelő iskolai végzettség nélkül nehéz jól fizető, biztos munkahelyet találni. Gyermekeiknek nem tudtak anyagi biztonságot adni. Hodászon a megszerzett képzéseket felnőttként végezték el, és pozitív, hogy hasznosítani tudták a megszerzett szakmájukat helyben.

Figyelemre méltó az is, hogy a hodászi nők tanultak saját nehéz sorsukból és két, három gyereket szültek, hogy nekik jobb életet tudjanak biztosítani, ezzel szemben a Huszár telepiek nem voltak ilyen tudatosak, esetükben kettőnél több gyermek is született.

A hodásziak ösztönzik gyermekeiket a tanulásra. Az egyik nő kijelenti: *„tanulj fiam, most ingyen van.”* És látható, hogy ennek meg is lett az eredménye, több hodászi fiatal az általános iskola elvégzése után tovább tanult és később szültek gyermeket. Kitolódott a lányok férjhez menésének ideje. Egyikük azt nyilatkozta, családjukban több fiatalnak is van érettségije, sőt akad, aki főiskolát végez.

Az interjúalanyok 15-17 évesen férjhez mentek, az ő gyermekeik és unokáik ma már 19-20 évesen teszik ugyanezt. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy Hodászon az egyháznak milyen nagy jelentősége volt mindezekben.

A két település eltérő földrajzi helyzete miatt, valamint az akkori önkormányzati vezetést tekintve mások voltak a lehetőségek Hodászon és a Huszár telepen a munkavállalást tekintve.

Hodászon szakmájukban sokan tudtak elhelyezkedni. A Huszár telepen élő roma nők leginkább segélyekből, közfoglalkoztatásból, alkalmi munkákból tartották el magukat, vagy csak néhány évet dolgoztak főállásban, jellemző az általános iskola befejezett 8. osztálya esetükben, illetve az, hogy a lakosok adóssággal rendelkeznek. A gyermekeik nem lettek képzetebbek, kevesebben tanították a gyermekeiket, mint a hodászi nők.

Egészségi állapot tekintetében az látható, hogy mindkét telepen vannak egészségügyi problémák. Többen szenvednek valamilyen tüdőbetegségben (asztma), jellemző a magas vérnyomás és annak következménye. Interjúalanyaim mindössze egynegyede vallotta magát egészségesnek.

Életükkel leginkább a szegénység miatt nincsenek megelégedve, a hagyományok őrzése kihalóban van, bár a hodászi oláh cigány nőknél még nagyobb számban élnek a hagyományok. Az interjúkban elhangzottak alapján az látszik, hogy a vizsgált asszonyok esetében a Huszár telepi asszonyok többen voltak testvérek, 9-14 gyermek is volt egy-egy családban, míg a Hodásziak jellemzően kevesebben voltak testvérek, 5-7 gyermek volt egy-egy családban.

A nők családban betöltött szerepe főként az anyaság és a háztartásvezetés, ezt mindkét telepen elmondták a megkérdezettek. A telepi közösség a Huszár telepen széthúz, az emberek inkább elvonulnak a lakásaikba. Hodászon a vallási közösség összetartó, ám többen mondják, hogy maga a hodászi közösség már nem annyira összetartó, mint régen.

A lakásokat tekintve Hodászon saját tulajdonban lévő kertes házakat találunk, melyekben elérhető a víz, gáz, villanyszolgáltatás, ám tény, hogy néhány lakásba nincs bevezetve. A Huszár lakótelep lakásai az önkormányzat tulajdonában állnak, víz és villany is van az épületekben, azonban csupán egy épületben van vezetékes gázszolgáltatás, a többi lakásban fával, kályhában fűtenek és főznek.

A görögkatolikus egyház mindkét településen jelen van, de Hodászon nagyobb jelentőséggel bír az ott lakók életében a vallás maga és az erre épülő közösségiség, köszönhetően ez Sója Miklós személyének, aki elkezdte az ott élő családokat felkarolni, ennek eredménye még felfedezhető Hodászon.

Összefoglalás

Tanulmányomban arról szerettem volna információt kapni, hogy a különböző településeken élő, de közel azonos korú roma nők hogyan éltek és élnek most. Milyen változások történtek az életükben. A Huszár telepen telnek a mindennapjaim, ezért az ott élőkéről már van ismeretem és kíváncsi voltam más „közösségben”, más szegregátumban is ugyanígy élnek, viselkednek-e a roma nők.

A Hodászon élőket azért választottam összehasonlításként, mert megérintettek, az ott élő leginkább oláh cigány nők, akiről első találkozás után kialakult egy kép a fejemben, amiben őket gondoskodó, hagyományőrző, egyedi kultúrával rendelkező embereknek gondoltam, ismeretlenül és bármilyen előzetes információ nélkül. Őszintén szólva, ilyennek képzeltem el a romákat. Azonban a Huszár telepen élőket megismerve esetükben nem ezt tapasztaltam.

Az interjúk elemzése után bebizonyosodott számomra, hogy a két szegregátumban élők másként élnek és viselkednek. Vannak köztük hasonlóságok, de különbségek is. Nyilvánvaló, hogy a hodászi nők esetében egyértelműen igazolódik Sója Miklós munkássága. Az ő hatására tanultak, felelősségteljesebb éltet éltek, értem ezalatt, hogy tanultak felnőtteként

és a gyermekeiket is ösztönözték rá, ezenkívül a gyermekvállalást is tudatosabban tervezték meg. Hagyományaikat még valamelyest őrzik, a közösség még összetart.

A Huszár telepen élők esetében nem volt jelen egyházi személy, aki felkarolta volna őket. A telep területi elhelyezkedéséből adódóan kiszorul a városból. Az itt élők emiatt is nehezebb helyzetben vannak, sokan csak magukra számítanak. Sokan nem tudtak kitörni a szegénységből és gyerekeikkel, unokáikkal mai napig itt élnek. Az életükben nem volt összetartó közösség.

Sója Miklós szociálisan érzékeny ember volt. Szokták mondani, hogy a szociális munkás a személyiségével dolgozik. Nos, az atya munkája, erőfeszítése, hogy a rászorulókon segítsen kiválóan megmutatta, hogy nincs lehetetlen. Az ő embersége, segíteni akarása, az emberekhez való hozzáállása, mind-mind hozzájárult a Hodászon élő gyerekek, felnőttek életének jobbá tételéhez. Az ott élők életében óriási változást hozott. A cigányok és magyarok testvérként tekintettek egymásra, mindannyian embereknek tekintik a másikat és nem látnak különbséget csupán azért, mert valakinek a bőrszíne, nyelve, kultúrája eltér az övéktől és az anyagi különbség sem osztotta meg őket. Az egyik nő ezt említi is a beszélgetésben, így hangzik: „a koporsónak nincs zsebe”. Sója Miklós atya is ezt látta meg elsősorban, magát az embert, elfogadott mindenkit, fejlesztette a közösséget, felkarolta a rászorulókat, biztatta őket az identitásuk megőrzésére és a hagyományaik továbbvitelére. Kitartása és erőfeszítése tiszteletre méltó. Az ő személyisége és az egyház támogatása hozta meg a pozitív eredményt és sikereket a hodásziak életében. Úgy gondolom, hogy ez jó példa arra, hogy egy támogató közösség, vagy egy személy komoly változásokat indíthat el nem csak roma közösségekben. Meghatározó a területi elhelyezkedés, az adott városvezetés és az általa hozott szociális intézkedések.

A tanulmány megírása és a kutatásom során világosság vált számomra, hogy minden közösség más és más. Lehetnek egyezések, de alapvetően a szocializáció, a környezet, a lehetőségek meghatározzák az emberek életét.

Irodalomjegyzék:

1. Andorka R. (1997): Bevezetés a szociológiába, Osiris kiadó. 194. oldal
2. Balogh E. (2019): Iskolázottsági helyzetkép – Nyíregyházán telepi körülmények között élők körében. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 10(29), 55–69.
<https://ojs.lib.unideb.hu/ams/issue/view/301>
3. Balogh Gy. J. (2019): A Magyar Görögkatolikus Egyház cigányok között végzett missziója 1937-2016 között, PhD értekezés 2019. 19. oldal
Letöltési hely: BaloghGyözőJánosDoktoriDolgozat.pdf (mtak.hu)
4. Fábrián G; Takács P. (2019). Jövedelmi helyzet, jövedelmi viszonyok a telepi lakosok körében. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 10(29), 45-57.
<https://ojs.lib.unideb.hu/ams/issue/view/301>
5. Forrai E. (2012): Mátészalkai Kistérség Szabolcs-Szatmár-Bereg megye Észak-alföldi Régió Kistérségi helyzetelemzés, mtatk Gyerekeségély-kutató Csoport
6. Hablicsek L; Hablicsekne Richter M; Lángi T. (2019): A magyarországi romák népességszámának prognózisa regionális szinten 2061-ig. *Competitio*, 18(1-2), 39-74. 41.oldal <https://doi.org/10.21845/comp/2019/1-2/2>
7. Huszti É. (2019). Telepi kapcsolatok. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 10(29), 115–130.
<https://doi.org/10.19055/ams.2019.10/29/9>
8. Hüse L.; Szoboszlai K.; Fábrián G. (2006): A semmi ágán c. könyv. Periféria Egyesület, Nyíregyháza 2006
<https://elearning.foh.unideb.hu/mod/folder/view.php?id=19962>
9. Jávorné Erdei R; Takács P. (2019): A Huszár- és Keleti lakótelepeken élők egészségi állapota Nyíregyházán – életminőségre gyakorolt hatások. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 10(29), 70–83.
<https://doi.org/10.19055/ams.2019.10/29/6>
10. Kemény I. szerk. (2000): A magyarországi romák. *Változó Világ*. 31.
http://www.kallaierno.hu/data/files/a_magyarorszagi_romak_fKqpng.pdf
11. Kozma J. (2004): Napszámosok. *Esély* 2004/6: 59-60. oldal
12. Merton, R. K. (2002): Társadalomelmélet és társadalmi struktúra - Válogatások, Osiris Kiadó, Budapest
13. R. Fedor A; Balla P. (2019). Foglalkoztatási helyzetkép a telepi körülmények között élő nyíregyházi romák körében. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 10(29), 32–44.
<https://doi.org/10.19055/ams.2019.10/29/3>
14. Szoboszlai K. (2019). Lakhatási helyzetkép a telepeken. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 10(29), 19–31.
<https://doi.org/10.19055/ams.2019.10/29/2>
15. Szoboszlai K; Hüse L; Fábrián G. (2015). Kulcspontok a külföldön dolgozó prostituáltak kapcsolataiban. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 2(1).
<https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/view/5791?articlesBySameAuthorPage=4>

Internetes források:

- http1 Hodász Nagyközség Önkormányzatának honlapja hodasz.hu Utolsó megtekintés: 2022.05.25.

MELLÉKLET

1. számú táblázat Hodászon készült interjúk

Interjúalany	Iskolai végzettség	Munkahely	Életkor
1. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, dajka, gyermekfelügyelő	Jelenleg ápolási díjat kap a férje után	56 év
2. sz.	Érettségi, takarító, szociális gondozó, dajka	Idősek otthonában dolgozik	53 év
3. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, dajkaképző	Dolgozott az óvodában takarított, ebédet osztott, Jelenleg az idősek otthonában dolgozik	58 év
4. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, konyhai kisegítő	35 éve dolgozik konyhán a régi és az új óvodában	54 év
5. sz.	Nincs semmilyen iskolai végzettsége, analfabéta	Le volt százalékolva, 3 évet dolgozott üzemben. Seprűt készített, azt árulta, jelenleg segélyt kap	61 év
6. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, takarító, gyermek és ifjúsági felügyelő	Konyhán dolgozik a közösségi házban	51 év
7. sz.	Érettségi, 4 másik okj-s szakma	Családok Átmeneti Otthonában dolgozik. Nevelőszülő szeretne lenni.	53 év
8. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, házi gondozó	Rokkant nyugdíjat kap	58 év
9. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, dajkaképző	Óvodában dolgozik	60 év
10. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, konyhai kisegítő	Nyugdíjas	66 év

2. számú táblázat Huszár lakótelepen készült interjúk

Interjúalany	Iskolai végzettség	Munkahely	Életkor
1. sz.	Szakmunkásképző	Nyugdíjas	60 év
2. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály	Gyeseen van az unokájával	50 év
3. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály	Munkanélküli	52 év
4. sz.	Parkgondozó, konyhai kiszegítő, takarító végzettség	Közfoglalkoztatott	51 év
5. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály, ápoló iskolát nem fejezte be	Több mint 20 évet dolgozott. konzervgyárban, takarított. Jelenleg nyugdíjas	67 év
6. sz.	Általános iskola befejezett 7. osztály	Közfoglalkoztatásban dolgozik, takarít	51 év
7. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály	Közfoglalkoztatásban dolgozik, takarít	52 év
8. sz.	Általános iskola befejezett 7. osztály	Közfoglalkoztatásban dolgozik	53 év
9. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály	Rokkant nyugdíjat kap. Le van százalékolva	63 év
10. sz.	Általános iskola befejezett 8. osztály	Nyugdíjas, ledolgozott 15 éve van.	65 év

Az európai munkavállalók jóllétét és munka-magánélet egyensúlyát befolyásoló munkaerőpiaci

jellemzők

Sofalvi Beáta-Noémi¹

¹ III. évfolyam, Közegészségügyi szolgáltatások és politikák, Sapientia EMTE Marosvásárhelyi Kar, Marosvásárhely-Koronka 1C

INFO	ABSTRACT
<p>Sofalvi Beáta-Noémi sofalvi.beata.noemi@student.ms.sapientia.ro</p> <hr/> <p>Keywords well-being, work-life balance, workers, WHO-5, WLC, working hours, income, age</p> <hr/> <p>Kulcsszavak jóllét, munka-magánélet egyensúly, dolgozók, WHO-5, WLC, munkaórák, jövedelem, életkor</p>	<p>Labour market characteristics affecting the well-being and work-life balance of European workers</p> <p>In this research, I address the determinants of wellbeing and work-life balance of European working population. The study analyzes data from the 2015 European Working Conditions Survey which includes standardized questionnaire items for work-life balance and the WHO-5 wellbeing scale. My results reinforce the negative impact of longer working hours on wellbeing on the one hand and on work-life balance on the other. Objective income indicators are not related to wellbeing, however, the average values of wellbeing increase as the subjective income situation improves. On the average, older workers have lower wellbeing than younger workers, but their work-life scores are more favorable. My results help to provide a deeper understanding of mental health and work-life balance in relation to work and socio-demographic characteristics.</p> <hr/> <p>Absztrakt: Jelen kutatásban arra keresek választ, hogy milyen tényezők befolyásolják az európai dolgozók jóllétét és a munka-magánélet egyensúlyát. A vizsgálatban a 2015-ben az Eurofound által szervezett munkakörülmények felmérésének (European Working Conditions Survey) adatait elemzem. A felmérés standardizált kérdéssorokat tartalmaz a munka-magánélet egyensúlyára és a WHO-5 jóllét skálára vonatkozóan. A hosszabb munkaidőnek negatív hatását figyeltem meg a jóllétre és a munka-magánélet egyensúlyára vonatkozóan. Az objektív jövedelmi mutatók nincsenek összefüggésben a jólléttel, ugyanakkor a szubjektív jövedelmi helyzet javulásával nőnek a jóllét átlagértékei. Az idősebb munkavállalók jólléte átlagosan alacsonyabb, mint a fiatalabbaké, viszont a munka-magánélet pontszámuk kedvezőbb. Eredményeim hozzásegítenek a lelki egészségnek, valamint a munka és a magánélet egyensúlyának a munkahelyi és a szocio-demográfiai jellemzőkkel való összefüggésének alaposabb megértéséhez.</p>

Bevezetés

A dolgozók jóllétét vizsgáló kutatások nem annyira elterjedtek, viszont annál inkább nagy jelentőséggel bírnak. A kutatók sok módon próbálták meghatározni a jóllét fogalmát. Az Egészségügyi Világszervezet úgy határozta meg, mint a mentális egészség azon állapotát, amiben az egyén képes felismerni saját képességeit, lehetőségeit, sikeresen megküzd a mindennapi élet kihívásaival, alkalmas az eredményes munkavégzésre, valamint hozzá tud járulni a közössége fejlődéséhez (WHO 2004).

A munka és magánélet egyensúlyának kérdése jelentős kutatási érdeklődést váltott ki az évek előrehaladtával, mivel megváltoztak a társadalmi szerepek, egyre több lett a dolgozó anya és egyedülálló szülő, valamint kihatása van az egyén jóllétére. A két szerep közötti egyensúly minden személynek mást jelent (Kun 2010). Szerepkonfliktus lép fel, amikor a munkával

eltöltött idő negatív befolyással bír a magánéletre és fordítva (Shanafelt, Litjen és munkatársai 2012).

Elméleti háttér

Életünknek szerves részét képezi a munka, ezért is meghatározó a jóllét szempontjából. Hatással van az egyén szociális kapcsolati igényeinek kielégítésére, identitására és az önbecsülésére (Kun 2010).

Az európai munkavállalók 23%-a alacsony jólléti színtről számol be, ugyanakkor ebből 6%-uk valószínűleg depresszióban szenved. Nemek közötti eltérés is megfigyelhető, a nők alacsonyabb jóllét szinttel rendelkeztek, mint a férfiak (Ardito, Pacelli és munkatársai 2012).

Az alacsony jövedelemszinttel rendelkezők esetében erős összefüggés figyelhető meg a jóllét és az anyagi helyzet között. Ugyanakkor gyengébbé válik a két változó közötti kapcsolat abban az esetben, hogyha a sikerül elérni azokat a javakat, amik a létfenntartáshoz szükségesek (Diener, Sandvik, Seidlitz 1993). A szegényebb országokban erősebb az összefüggés a boldogság és az anyagi helyzet között, mint a gazdaságilag fejlettebb országokban (Szondy 2007).

A munkaidő hossza és a jóllét közötti kapcsolat vitatott. Elterjedt az a felfogás, miszerint a hosszú munkaidőnek káros hatása van az egészségre és a jóllétre, viszont az irodalomban nincs erre vonatkozóan teljes egyetértés. Nagyszabású vizsgálatok alkalmával statisztikailag szignifikáns összefüggést találtak a hosszú munkaidő és a szívkoszorúér betegség, valamint depresszió között (Ganster, Rosen, Fisher, 2016).

Az 1980-as években sok cég már családbarát politikát vezetett be, mint például a távmunka vagy a rugalmas munkaidő. Ezek a politikák eredetileg a nőkre irányultak, hogy a háztartás vezetése mellett kereső munkát is végezhesenek, viszont Smith és Gardner (2007) szerint, hogy a fiatalabb korosztályban levő férfiak is élnek ezekkel a lehetőségekkel. Több tanulmány is feltárta, hogy a távmunka növelheti a termelékenységet és csökkenti a hiányzások számát (Noonan, Glass 2012).

A több ezer főre kiterjedő kutatásban a válaszadók 14,6%-a jelentős nehézséget tapasztalt a munka és magánélet egyensúlyban tartásában. Kockázati csoportok közé tartoznak a 30 és 40 év közöttiek, a felsőfokú végzettségűek, a magasabb beosztásúak, a teljes és a rugalmas munkaidőben dolgozók, illetve azok, akik túlóráznak. (Hämmig, Bauer 2009).

A szubjektív jóllét az életkor szerint „U”-alakú kapcsolatot mutat, a középkorú személyek (45-54) esetében a legalacsonyabb. Ez a mintázat inkább a magasabb jövedelmű régiókban jellegzetes. A volt Szovjetunió és a kelet-európai országok esetében az idősebb személyek jólléte nem volt annyira magas, mint a magasabb jövedelmű országokban. Ezekben a korosodás együtt járt a bizonytalansággal és az aggodalommal, továbbá nemek közötti eltérést van, az idős nőket lényegesen több stressz és fájdalom ér (Steptoe, Deaton, Stone 2015).

A kutatás célja

Kutatásom célja, hogy jobban megértsem azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a munkavállalók jóllétét és munka magánélet egyensúlyát. Főként azért választottam ezt a témát, mert a környezetemben lévő munkavállaló személyeket megviselték az utóbbi években történt

változások és a szakirodalmi kutatás során megismert információkkal segítséget szeretnék nyújtani.

Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a hosszabb munkaidőben dolgozók jólléte és munka-magánélet egyensúlya rosszabb, mint a rövidebb munkaidőben dolgozóké.
2. Feltételezem, hogy a magasabb jövedelmű dolgozók jólléte jobb, munka-magánélet egyensúlya viszont rosszabb az alacsonyabb jövedelmű személyekénél.
3. Feltételezem, hogy minél idősebb egy munkavállaló, annál alacsonyabb a jólléte, ugyanakkor a munka-magánélet egyensúlya jobb, mint a fiatalabb korosztálynak.

Módszerek és eszközök

Jelen vizsgálatban a hatodik európai munkakörülmény felmérés (European Working Conditions Survey) adatbázisából dolgoztam, amelynek adatait 2015-ben gyűjtötték.

A 2015-ös felmérésben összesen 35 ország vett részt, ebből 28 Európai Unió tagország. Az adatbázisból kiválogattam az aktív munkavállaló népséget, ezáltal 40.891 fő adataiból végeztem másodelemzést. Az adatok elemzésére az IBM SPSS programot használtam.

Az **Általános Jólét Index (WHO-5)** a válaszadók általános közérzetére vonatkozó kijelentéseket tartalmaz, amelyeket a kitöltés pillanatától számított elmúlt két hétben tapasztalt, az állításokat 6-fokú skálán kellett megítélni. A mérőeszköz nem tartalmaz fordított tételket, a pontszámok kiszámításához a válaszokat jelölő pontszámok súlyozatlan összegét megszoroztam 4-gyel, a nemzetközi irányelveknek megfelelően (WHO 1998, Top, Østergaard és munkatársai 2015). A jólétindex értékei 0-100-ig terjedő skálán mozognak, és a pontszám nagysága egyenesen arányos a kedvezőbb pszichológiai állapottal.

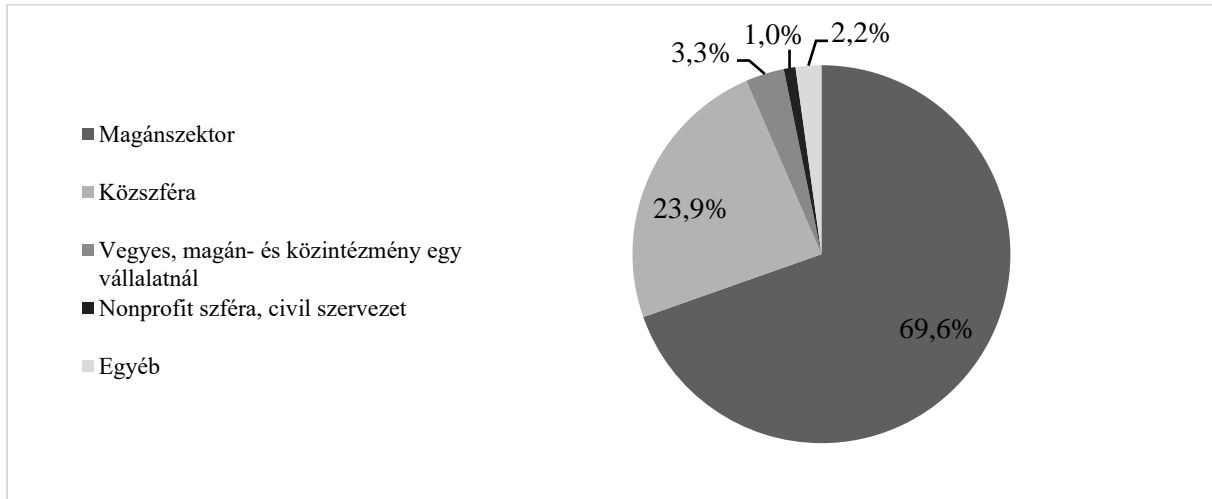
A **munka és a magánélet egyensúlyának mutatóját** (a továbbiakban gyakran WLC) a European Working Conditions Survey (EWCS) kutatásban régóta alkalmazott kérdéssorral mérték. Az első két kérdés a munkának a magánéletbe való átszivárgását, a harmadik a magánéletnek a munkába való átszivárgását méri. Ugyanakkor a munka és a magánélet egyensúlyának összefoglaló indikátorát is létrehoztam, az Eurofound ajánlásai szerint (Eurofound 2017). A három kérdésre adott válaszoknak megfelelő számértéket összeadtam, majd 1–10 közötti skálára alakítottam át, ahol az 1 a lehető legrosszabb, 10 a lehető legjobb munka-magánélet egyensúlyt jelzi. A számítások során ezekkel a skálapontszámokkal dolgozom.

Az elemzések során a munkakörülményeknek és a munkahelyi jellemzőknek a jólléttel, valamint a munka-magánélet egyensúlyával való összefüggését kétváltozós elemzésekkel (független mintás t-próba, varianciaanalízis) vizsgálom.

A vizsgálati minta bemutatása

Az adatfelvételben részt vett személyek 49,2%-a nő, 50,8% férfi volt. A vizsgált populáció átlag életkora 43,01 év. A kérdezettek közül 80,6% teljes munkaidőben dolgozik, míg 19,4% részmunkaidőben.

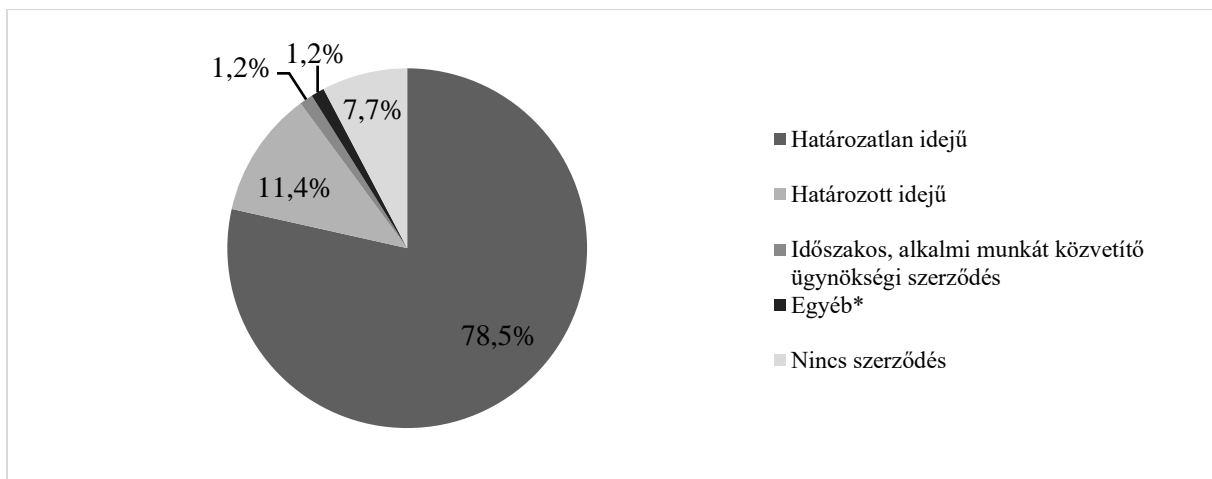
5. ábra - A dolgozók szektoriális megoszlása



Forrás: saját feldolgozás, EWCS adatbázis (2015)

A 1. ábrán látható, hogy a válaszadók túlnyomó többsége (69,9%) a magánszektorban foglalkoztatott, 23,9% a közfűerában, 3,3% vegyes kategóriában, 1,0% a nonprofit szűerában, civil szervezetnél, 2,2% egyéb helyen.

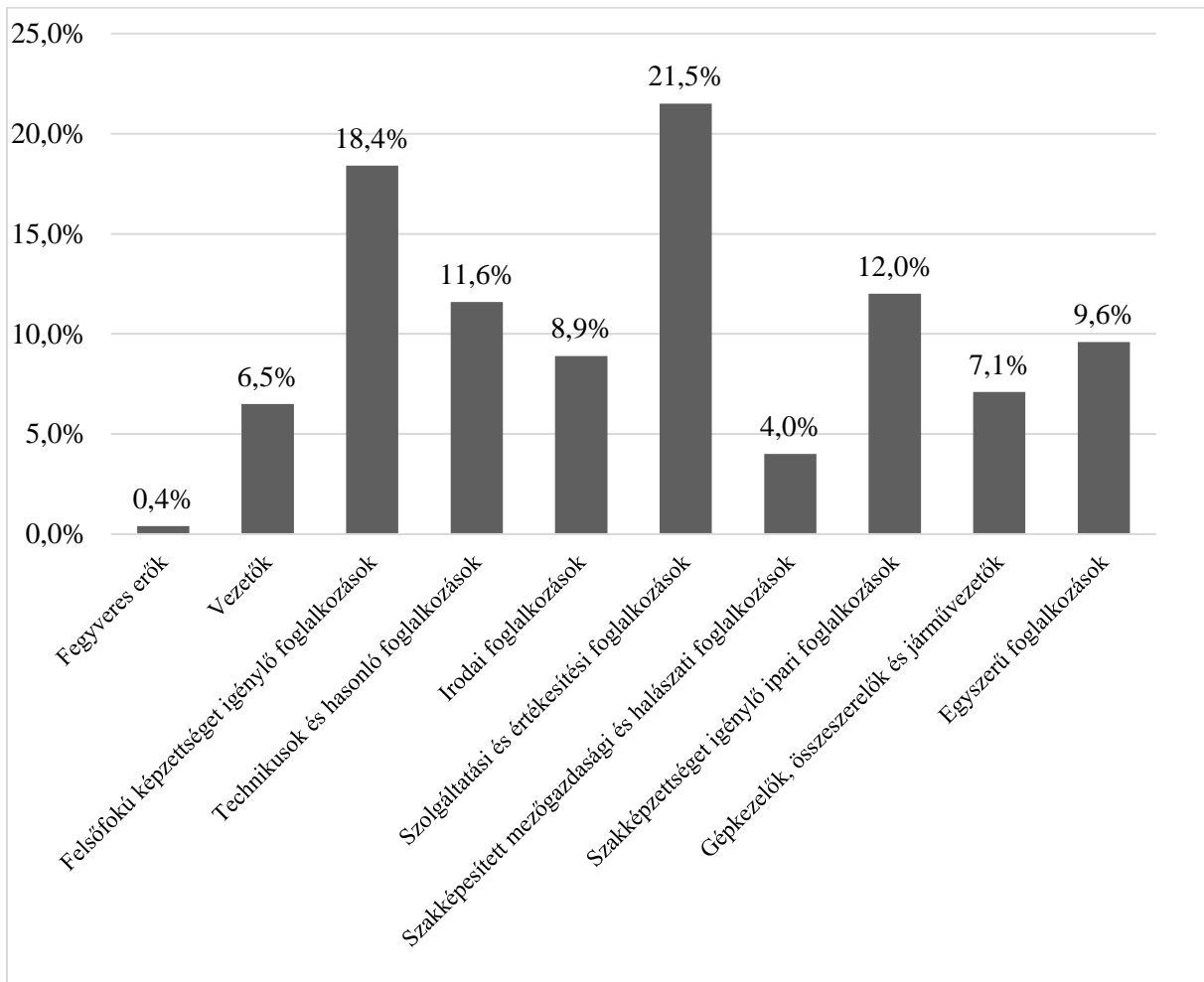
6. ábra - A munkaszerződés típusa a mintában



Forrás: saját feldolgozás, EWCS adatbázis (2015)

A fenti ábra (2. ábra) szerint a vizsgálatban részt vevők 87,5%-a rendelkezik határozatlan idejű munkaszerződéssel, 11,4% határozott idejűvel, 1,2% időszakos vagy alkalmi munkát közvetítő ügynökségi szerződéssel, 1,2% egyéb munkaszerződéssel (gyakornoki vagy más képzési forma), míg 7,7% egyáltalán nem rendelkezik munkaszerződéssel.

7. ábra - A minta megoszlása a Foglalkozások Nemzetközi Osztályozási Rendszere alapján (ISCO-08)



Forrás: saját feldolgozás, EWCS adatbázis (2015)

A fenti ábrán (3. ábra) a munkavállalók megoszlását láthatjuk a Foglalkozások Nemzetközi Osztályozási Rendszere alapján. A minta megoszlása a foglalkozási kategóriák szerint a következő: 21,5% szolgáltatások és értékesítési foglalkozások, 18,4% felsőfokú képzettséget igénylő foglalkozások, 12,0% szakképzettséget igénylő ipari foglalkozások, 11,6% technikusok és hasonló foglalkozások, 9,6% egyszerű foglalkozások, 8,9% irodai foglalkozások, 7,1% gépkelők, összeszerelők és járművezetők, 6,5% vezető, 4,0% szakképzettséget igénylő ipari foglalkozások, 0,4% fegyveres erőknél foglalkoztatott.

Eredmények

Az adatok feldolgozásában és bemutatásában úgy járok el, hogy az egyes foglalkozási és munkahelyi jellemzők szerint vizsgálom egyrészt a lelki egészség mutatóját, másrészt a munka és magánélet egyensúlyát.

A hipotéziseimet a szakirodalomban olvasottak alapján fogalmaztam meg.

Elsőként a munkaidő hosszának összefüggését vizsgálom a jólléttel egyrésztől, a munka és a magánélet egyensúlyával másrésztől.

1. táblázat - A jóllét értéke és a munkaidő hossza közötti összefüggés

	WHO-5	Munkaidő hossza
Pearson-féle korreláció	1	-,040
p		,000
Elemszám	40.586	39.546

A fenti táblázatban (1. táblázat) megfigyelhető, hogy a jóllét és a munkaidő hossza között negatív összefüggés található, a jóllét mutatója alacsonyabb azoknak, akik több órát dolgoznak. Ez az eredmény azért jelentős, mert a szakirodalom ebben a kérdésben nem volt egységes: néhány esetben magasabb, máskor alacsonyabb jólléti szintet mutattak ki a munkaidő hossza szerint (Ganster, Rosen, Fisher 2016).

2. táblázat - A munka és a magánélet egyensúlya és a munkaidő hossza közötti összefüggés

	WLB	Munkaidő hossza
Pearson-féle korreláció	1	-,233
p		,000
Elemszám	39.949	38.929

A 2. táblázatban látható, hogy a munka-magánélet egyensúlya és a munkaidő hossza között negatív összefüggés figyelhető meg.

Rendszerint az alacsonyabb jövedelműek körében találtak összefüggést: a jobb jövedelmi helyzet csak egy bizonyos szintig növeli a jóllétet (Diener, Sandvik, Seidlitz 1993).

3. táblázat - A nettó jövedelem és a jóllét összefüggése

	WHO-5	Nettó jövedelem (euróban)
Pearson-féle korreláció	1	,041
p		,000
Elemszám	40.586	31.248

A nettó jövedelem és a jóllét egyenesen arányos a vizsgálati mintában (3. táblázat).

4. táblázat - A munka és a magánélet egyensúlya és a nettó jövedelem közötti összefüggés

	WLB	Nettó jövedelem
Pearson-féle korreláció	1	,004
p		,483
Elemszám	39.949	30.777

A fenti táblázatban (4. táblázat) látható, hogy a munka-magánélet egyensúlya és a nettó jövedelem között nincs összefüggés.

Mivel Európa országai között az euróban mért nettó jövedelemben nagyon nagyok a különbségek, hasznosnak tartottam ugyanezt az összefüggést a szubjektív jövedelmi helyzettel is megvizsgálni.

5. táblázat - A jóllét értéke a szubjektív anyagi helyzet szerint (varianciaanalízis)

Szubjektív anyagi helyzet	WHO-5 átlag (0-100)	Elemzés	Szórás
Nagyon könnyen kijövünk	74,22	3.668	18,61
Könnyen	72,72	8.560	18,48
Elég könnyen	70,52	11.029	18,03
Némi nehézséggel	66,46	10.928	19,77
Nehezen	62,13	4.035	22,10
Nagyon nehezen jövünk ki	57,01	2.063	24,86
A teljes minta átlaga	68,67	40.283	19,99

	F	p	Eta négyzet
WHO-5 átlag * Szubjektív anyagi helyzet	419,90	,000	,050

A 5. táblázatban megfigyelhető, hogy a szubjektív jövedelmi helyzet milyen befolyást gyakorol a jóllét mutatóra. Lineáris csökkenés látható, akik nagyon elégedettek az anyagi életkörülményeikkel, azoknak átlagosan nagyobb a jólléte.

6. táblázat - A munka és a magánélet egyensúlyának megoszlása a szubjektív anyagi helyzet szerint (varianciaanalízis)

Szubjektív anyagi helyzet	WLB - pontszám (1-10)	Elemzés	Szórás
Nagyon könnyen kijövünk	7,66	3.616	1,74
Könnyen	7,58	8.413	1,79
Elég könnyen	7,42	10.865	1,77
Némi nehézséggel	7,08	10.734	1,91
Nehezen	6,73	3.987	2,06
Nagyon nehezen jövünk ki	6,29	2.035	2,32
A teljes minta átlaga	7,26	39.650	1,91

	F	p	Eta négyzet
WLB - pontszám * Szubjektív anyagi helyzet	290,450	,000	,035

A fenti táblázatban (6. táblázat) a munka-magánélet egyensúly pontszámának megoszlása látható a szubjektív anyagi helyzet szerint. Megfigyelhető, hogy azok esetében a legkedvezőbb a munka-magánélet egyensúlya, akik úgy vélik: nagyon könnyen kijönnek a bevételükből.

7. táblázat - A jóllét és az életkor összefüggése. Pearson-féle szorzatmomentum-korreláció

	WHO-5 átlag (0-100)	Életkor
Pearson-féle korreláció	1	-0,38
p		,000
Elemszám	40.586	40.459

Az életkor a második olyan szocio-demográfiai tényező, amelynek összefüggését egyrészt a jólléttel, másrészt a munka-magánélet egyensúlyal vizsgálom.

A 7. táblázat szemlélteti, hogy a jóllét és az életkor között fordított összefüggés található, eszerint az idősebb személyek jóllét mutatója alacsonyabb. Korábbi kutatások az életkor és a jóllét között U-alakú összefüggést állapítottak meg, ahol a korosodással együtt járt a jóllét mutató növekedése (Steptoe, Deaton, Stone 2015).

8. táblázat - A munka-magánélet egyensúlya és az életkor közötti összefüggés

	WLB	Életkor
Pearson-féle korreláció	1	,065
p		,000
Elemszám	39.949	39.821

A fenti táblázatban (8. táblázat) megfigyelhető a munka-magánélet egyensúlya és az életkor közötti összefüggés, amely szerint az életkor növekedésével javulni látszik a munka és magánélet közötti egyensúly. A szakirodalom szerint a munka-karrier közepén levők esetében akad a legtöbb probléma a munka-magánélet egyensúlyban tartásában, viszont az 50+ éves korosztály esetében is hasonlóan magas arányban akadnak problémák, mint a 35 évnél fiatalabbak körében (Eurofound 2012).

Összegzés

A szakirodalmi kutatás alapján megfogalmazott hipotéziseim vizsgálata a következőképpen összegezhető.

Az első hipotézisem beigazolódtott: a hosszabb munkaidőben dolgozók jólléte és munka-magánélet egyensúlya rosszabb, mint azoké, akik kevesebb órát dolgoznak. Második hipotézisemet az eredmények csak részben igazolták: a magasabb jövedelemmel rendelkező dolgozók jólléte jobb, viszont a munka-magánélet egyensúlyuk nem mutatott szignifikáns különbséget az alacsonyabb jövedelműekhez képest. Eredményeim alátámasztották harmadik hipotézisem: az idősebb személyek jólléte alacsonyabb, mint a fiatalabb korosztályé, ám a munka-magánélet egyensúlyának pontszáma javul az idősődéssel.

A kutatásom alapján arra a következtetésre jutottam, hogy kockázati csoportnak tekinthetők az ún. egyszerű foglalkozásokat végzők (takarítók, bányászok, mosodában dolgozók), mivel az ő jóllétük számottevően alacsonyabb volt az átlagnál, a szakképesített mezőgazdasági és halászati dolgozók esetében mosódnak el a legjobban a határok a munkájuk és a magánéletük között. A szakirodalomban és a korábbi nemzetközi kutatásokban egymásnak

ellentmondó eredményeket olvashatunk a munkaidő hosszának befolyásáról a jóllétre, viszont saját vizsgálati eredményeim azt mutatják, hogy a hosszabb munkaidőben dolgozók jólléte alacsonyabb. Ugyanakkor a jóllét és a jövedelem között is összefüggést találtam, amely a szakirodalom szerint a kevésbé tehetős országokban fordul inkább elő. Egyes szakirodalomban olvasottakkal ellentétben ebben a mintában a korosodással a jóllét csökkenése jár együtt.

Összességében elmondható, hogy dolgozók jóllétét és a munka-magánélet egyensúlyát sok tényező befolyásolja. A téma vizsgálata napjainkban még jelentősebb, mivel a világjárványnak nagy befolyása volt a munkaerőpiacra is: gyakoribbá vált a munkanélküliség, sokan otthonuk kényelméből végezték munkájukat, ami azt jelentette, hogy elmosódott a határ a munka és a magánélet között. Komplex vizsgálatok segítségével változást lehetne elérni, nagyobb figyelmet szentelve a munkavállalók jóllétének és munka-magánélet egyensúlyának.

Irodalomjegyzék

Ardito, C., Pacelli, L., Leombruni, R., D'Errico, A. (2012): Health and Well-being at Work: A Report Based on the Fifth European Working Conditions Survey, Dublin.

Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., Diener, M. (1993): The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? *Social Indicators Research*. 28(3): 195—223.

Eurofound (2017): European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurofound (2012): Fifth European Working Conditions Survey, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Eurofound (2015): Sixth European Working Conditions Survey: 2015. <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>

Ganster, D.C., Rosen, C., Fisher, G. (2016): Long Working Hours and Well-being: What We Know, What We Do Not Know, and What We Need to Know. *Journal of Business and Psychology*, 33(1), 25–39.

Hämmig, O., Bauer, G. (2009): Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health* 54.88–95.

Kun Ágota (2010): Munkahelyi jóllét és elköteleződés. *Munkaügyi szemle* II. szám 35-41.

Noonan, M.C., Glass, J.L. (2012): The hard truth about telecommuting. Bureau of Labor Statistics, USA.

Shanafelt, T.D., Sonja, B., Litjen, T., Lotte, N.D., Wayne, S., Daniel, S., Colin, P.W., Jeff, S., Michael, R.O. (2012): Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*. 172(18):1377-1385.

Smith, J., Gardner, D. (2007): Factors affecting employee use of work–life balance initiatives. *New Zealand Journal of Psychology* 36: 3–12.

Stephoe, A., Deaton, A., Stone, A. (2015): Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648.

Szondy Máté (2007): Anyagi helyzet és boldogság: kapcsolat individuális és nemzetközi szinten. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8. 4, 291—307.

Top, C.W., Østergaard, S.D., Søndergaard, S., Bech P. (2015): The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

World Health Organization (2004): Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report), Geneva.

World Health Organization (1998): Wellbeing measures in primary health care/The DepCare Project. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Erdélyi, felvidéki és magyarországi magyar anyák egészségműveltsége és tájékozódási forrásai a várandósságról

Varga Noémi-Renáta¹

¹III. évfolyam, Közegészségügyi szolgáltatások és politikák, Sapientia EMTE Marosvásárhelyi Kar, Koronka, Segesvári út 2.

INFO	ABSTRACT
<p>Varga Noémi-Renáta varga.noemi.renata@student.ms.sapientia.ro</p>	<p>Health literacy and orientation sources about pregnancy among Hungarian mothers in Transylvania, Upper Hungary and Hungary . Maternal health literacy is crucial to children's health. My analysis is based on a study conducted at the Sapientia EMTE Quality of Life Research Center. The study involved 952 Hungarian mothers raising children under 10 years of age. Data collection was conducted with an online questionnaire in 2019.</p>
<p>Keywords health literacy, mothers, information sources, HLS-EU-16, rights infringement, patients rights awareness</p>	<p>During pregnancy mothers mostly use formal information sources, first of all health professionals, however, one in five mothers searches for information on the internet and one in ten uses exclusively internet sources. Those not accessing healthcare professionals for information have lower health literacy scores than their fellows. A significant proportion of mothers have objections to the quality of health care, and one third perceived their patient rights as having been violated. However, only a small minority of health literate mothers have taken restorative action My results are important for patient empowerment.</p>
<p>Kulcsszavak egészségműveltség, anya, információforrások, HLS-EU-16, jogsérelem, betegjogi tudatosság</p>	<p>Absztrakt: Az anyák egészségműveltsége meghatározó a gyermekek egészségére nézve. Elemzésem a Sapientia EMTE Életminőség Kutatóközpontjában elvégzett vizsgálat alapján végzem. A kutatásban 952 magyar anya vett részt, akik 10 évnél fiatalabb gyermeket neveltek. Az adatfelvétel online kérdőívvel valósult meg 2019-ben. A várandósság során a leggyakrabban szakemberektől szereznek információt, ugyanakkor minden ötödik anya az internetről is tájékozódik, és minden tizedik kizárólag az internetről szerzi információit, és ezen anyák egészségműveltségi pontszáma átlagosan alacsonyabb társaikénál. Az anyák jelentős hányadának van kifogása az egészségügyi ellátás minőségét illetően, és egyharmadukat érte jogsérelem az egészségügyi ellátásban. Ugyanakkor csak az anyáknak egy szűk, jellemzően kiemelkedő egészségműveltséggel rendelkező csoportja tett resztoratív lépéseket. Eredményeim a betegjogi tudatosság növeléséhez járulhatnak hozzá.</p>

Bevezetés

Az elmúlt években az egészségműveltség kérdésével számos kutatás foglalkozott. Ezen ismérv jelentősen befolyásolja a gyógyítási folyamatokat, illetve egészséghatékonyt. Az egészségműveltség vagy más néven egészségértés magába foglalja azokat az alapvető egészséggel kapcsolatos információkat, azok elérését és értelmezését, amelyekre szükségünk van az egészségfejlesztés érdekében.

Elméleti áttekintés

Az egészségműveltség mérése Európában a HLS-EU kérdőívvel

Sorensen és munkatársai 2012-ben kidolgozták az egészségműveltség integrált modelljét, mely a fogalomnak a következő meghatározásán alapszik: „Az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során” (Sorensen 2012).

Az információkeresési szokások és az egészségműveltség összefüggése

A fogyasztók különféle forrásokat használnak fel az egészséggel kapcsolatos információk elérésére, többek között a hagyományosnak számított információforrások, mint a különböző egészségügyi szolgáltatók, a családtagok, a barátok, a médiához tartozó információs felületek (televízió, rádió, újságok, magazinok, illetve internetes platformok) (Sejn és Yun 2011).

Az egészségügyi információforrásokba vetett bizalom úgy határozható meg, mint a meggyőződés, hogy egy egészségügyi információs csatorna megbízhatóan és integráltan látja el feladatát (Morgan és Hunt 1994).

Napjainkban a digitális források az egészségügyi információk lekérésének népszerű módjává váltak (Manganello és mtsi. 2015). A fogyasztók leginkább a szakemberek véleményét tartják elsődlegesnek, ezt saját önbizalmuk szintje is befolyásolta, illetőleg kevésbé bíztak meg az online egészséginformációkban. Továbbá az életkor és az iskolai végzettség szignifikánsan összefüggött mind a betegségmegelőzéssel kapcsolatos ismeretekkel, mind az egészségmagatartással (Sejn és Yun 2011).

Az egészségműveltségi szint és az információkeresési szokások összefüggése a várandós nők és az anyák körében

A legtöbb felnőtt számára a gyermeknevelés teljesen új élménynek bizonyul, amelyről gyakran kevés háttértudással rendelkeznek, ezért sok esetben valamilyen útmutatásra és támogatásra van szükségük. Ez a tudás hagyományosan a családtagoktól, barátoktól, ismerősöktől, illetve nem utolsósorban egészségügyi szolgáltatótól származik (Moon és mtsi. 2019).

Az anyák egészségműveltségére való odafigyelés két okból is meghatározó lehet. Elsősorban néhány anya a terhesség alatt érintkezik először az egészségügyi rendszerrel, ezért még megfelelő írás-olvasási készségekkel is bonyolult lehet eligazodni benne, másodsorban a nők egészségi állapota és az egészségügyi információk közvetlen megértése nagy mértékben hatással van a magzatra a terhesség alatt, illetve a kisgyermekre a növekedés és a fejlődés éveiben (Asadi, Amiri és Safinejad, 2020).

Az információt, illetve segítségkérést illetően a nők nagyobb valószínűséggel kérnek tanácsot és segítséget több forrásból, köztük a közösségi médiából is, míg a férfiak szinte kizárólag a házastársuktól tájékozódnak. Moon és munkatársai (2019) arra a következtetésre jutottak, hogy a közösségi média a családhoz és a barátokhoz hasonló befolyásnak örvend a viselkedés modellezésében, a normák kialakításában és a szülői nevelési módszer, illetve az

egészséggel kapcsolatos döntéshozatal kialakításában. Az anyák nagyra értékelik, hogy az internet és a közösségi média lehetővé tette számukra, hogy azonnal hozzáférjenek korlátlan mennyiségű információhoz, továbbá az anonimitás is kedvező volt számukra, abban az esetben, ha valamilyen kínosnak vagy tabutémának vélt kérdést kellett megfogalmazniuk.

A hitelességet és a megbízhatóságot tekintve a nők gyakran alacsonyra értékelik a webhelyek és az online információk iránti bizalomszintjüket, ezzel ellentétben az egészségügyi szakemberekkel való konzultálást, illetve a kórházak által terjesztett anyagokat megbízható forrásnak vélik (Rodger és mtsi. 2013).

A szülők egészségműveltsége és a gyermekek egészsége közötti kapcsolat

Az életmódot nagy mértékben befolyásolja az egészségműveltség szintje. A szülők meghatározó szerepet játszanak, mivel nem csak a saját maguk egészségéért vállalnak felelősséget, hanem a gyermekeikért is (De Buhr és Tannen 2020). A szülők az egészségismereteiket a napi szükséges ellátáshoz is folyamatosan használják, beleértve a táplálkozási ismereteket, a megalapozott döntések meghozatalát az élelmiszerekről és a gyógyszerek megfelelő használatáról. A korlátozott egészségműveltségi szinttel jellemezhető szülők sok esetben nem tudnak megfelelően tájékozódni az egészségügyi kérdésekben, illetve nincsenek tisztában a prevenció fontosságával, továbbá gyakran a gyerekeiket sem nevelik egészségtudatosan (De Buhr és Tannen 2020).

A kisgyermek sokszori bekerülése a sürgősségi osztályokra, a nem megfelelő baleset- és sérülésmegelőzés, a gyenge minőségű táplálkozás, a hibás gyógyszeradagolás, illetve a testsúlyjal kapcsolatos problémák arra engednek következtetni, hogy a szülőknek sokszor nem megfelelő az egészségértése, illetve nem fektetnek elég hangsúlyt ennek fontosságára a gyermekek életében (Sanders 2009).

Empirikus kutatás kisgyermekes magyar anyák körében

Módszerek és eszközök

Empirikus kutatásom során a Sapientia EMTE Életminőség Kutatóközpontjában elvégzett vizsgálat adatait használom. A magyar anyák egészségműveltsége c. kérdőíves kutatást magyarországi, romániai és szlovákiai magyar anyák körében végezték. Az adatfelvétel a 2019-es év végén valósult meg online elérhető anonim kérdőív segítségével, amelyet mindhárom országban közzétettek a közösségi oldalakon található anyacsoportokban. Azokat az anyákat kérték fel a kérdőív kitöltésére, akik legalább egy, 10 évesnél fiatalabb gyermeket neveltek. Összesen 952 teljes egészében kitöltött, érvényes kérdőív érkezett vissza.

A kérdőív elején a felnőtt válaszadók felvilágosítást kaptak az adatfelvétel céljáról és arról, hogy a megadott válaszok statisztikai célokat szolgálnak.

A kérdőív a HLS-EU16 egészségműveltségi kérdéssor mellett demográfiai és társadalmi-gazdasági kérdéseket tartalmazott, valamint a várandóssággal kapcsolatos információforrásokról tudakozódott.

A HLS-EU rövid, 16 tételes változata alapján az egészségértési szinteket a standard irányelveket követve határoztuk meg: hiányos, problémás és megfelelő egészségértési szinteket különítettünk el (Pelikan 2014).

Az adatfeldolgozást az SPSS statisztikai program segítségével végeztem.

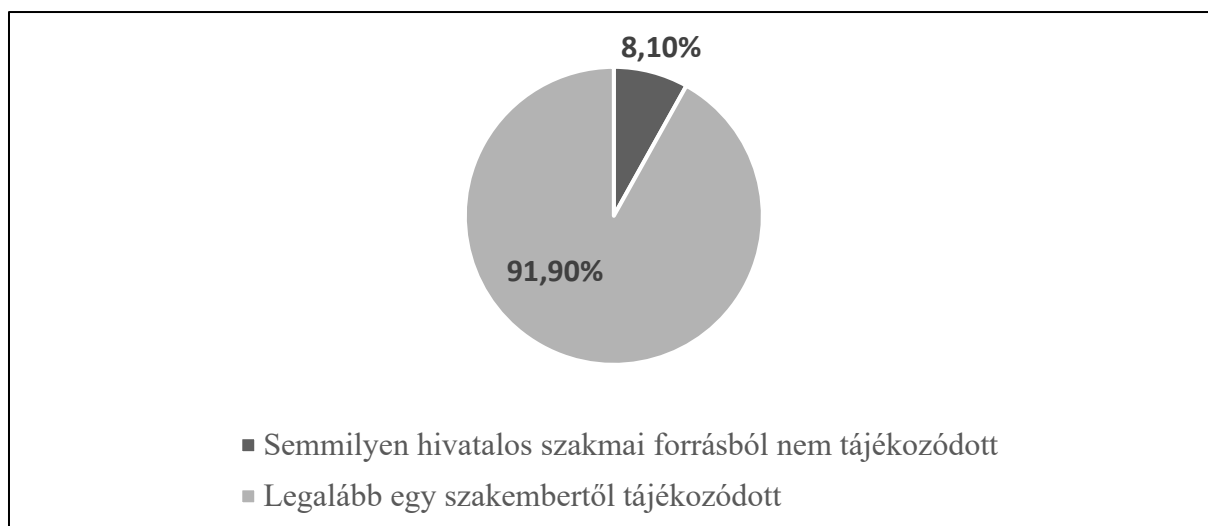
Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy akik nem fordulnak szakemberhez tájékozódás céljából, alacsonyabb egészségműveltséggel rendelkeznek, mint a szakemberektől tájékozódó társaik.
2. Feltételezem, hogy a párkapcsolati státusz pozitívan befolyásolja az egészségértés szintjét.
3. Feltételezem, hogy az egészségértés és a betegjogi tudatosság mértéke összefügg.

Eredmények

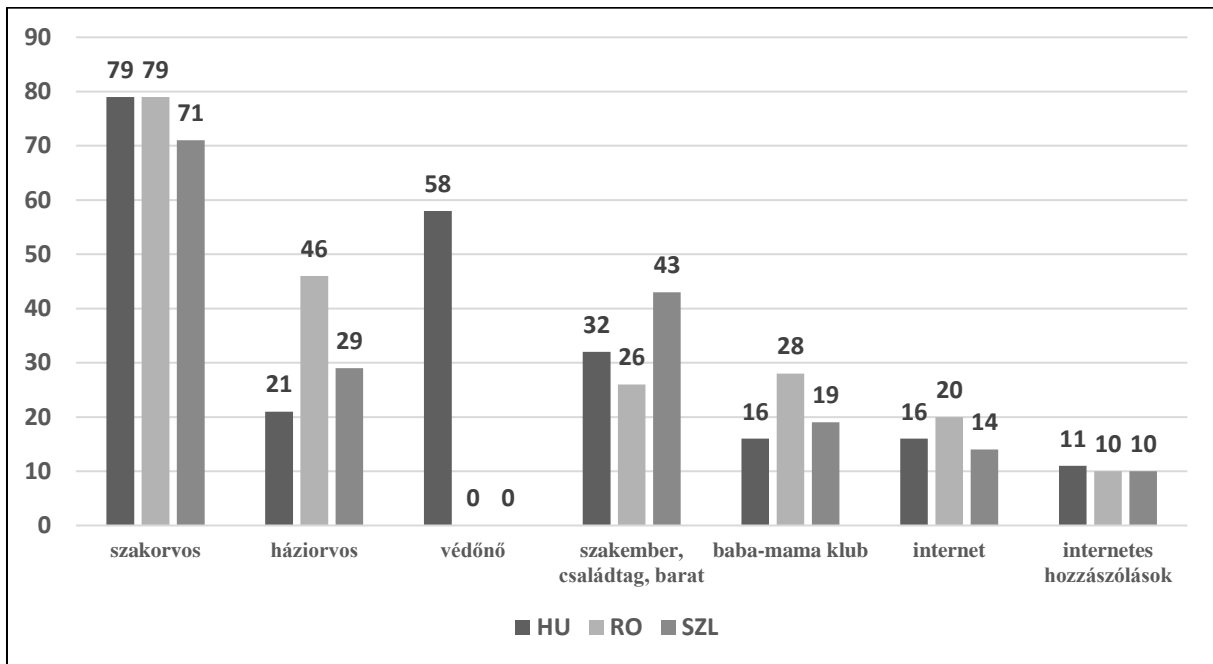
Elsőként a Kárpát-medencében (Magyarországon, Erdélyben és Felvidéken) élő magyar anyáknak a várandósságról való tájékozódási forrásokat tekintjük át.

1. ábra – A szakembertől való tájékozódás mértéke várandósság idején



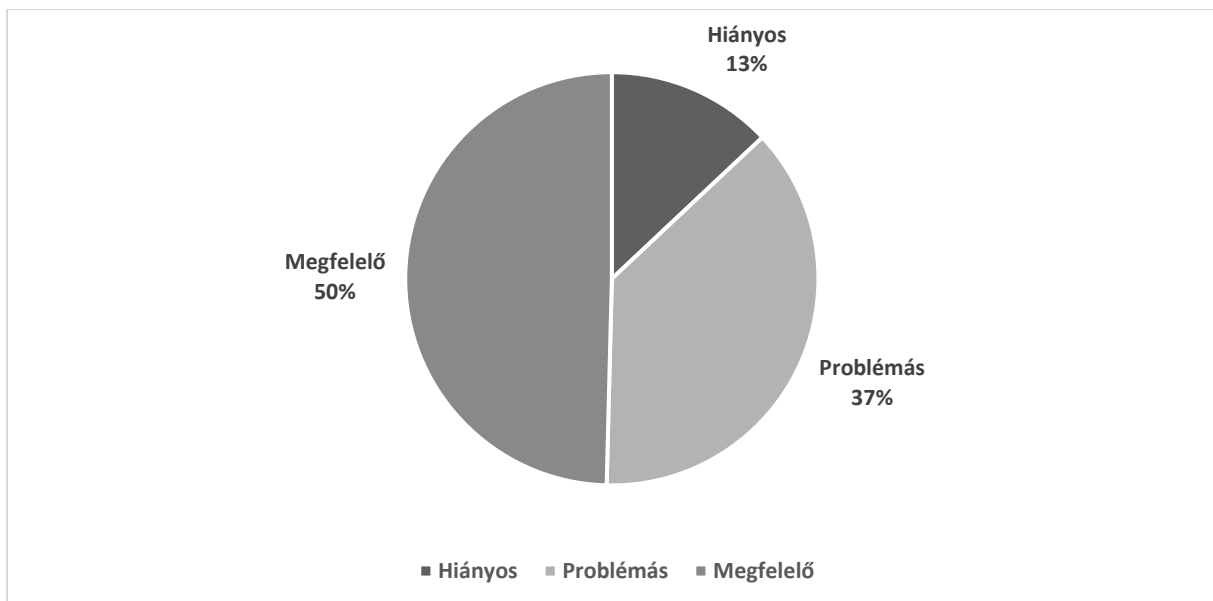
A fenti ábrán láthatjuk, hogy a mintába bekerült anyák 91,90%-a legalább egy szakembertől tájékozódott várandóssága alatt, és csak elenyésző arány (8,10%) válaszolta, hogy semmilyen hivatalos forrásból nem tájékozódott a várandósság alatti időszakban.

2. ábra – Tájékoztató források a várandósságról (az adott forrásra nagy és nagyon nagy mértékben támaszkodnak, az adott országban %)



A 2. ábrán azokat a tájékoztató forrásokat jelenítettem meg, amelyekre az anyák nagy vagy nagyon nagy mértékben támaszkodnak. Mindhárom országban leginkább a szakorvosok véleményére hagyatkoznak, ezt követi a házi orvosok tanácsa. A védőnők tanácsait Magyarországon nagy mértékben követik, azonban ez a hivatás Romániában és Szlovákiában nem létezik. Az internetes hozzászólásokra, illetve az internetes oldalakon olvasott információkra az anyák mindhárom országban hasonló arányban alapoztak.

3. ábra – Az anyák megoszlása egészségműveltségi szintjük szerint



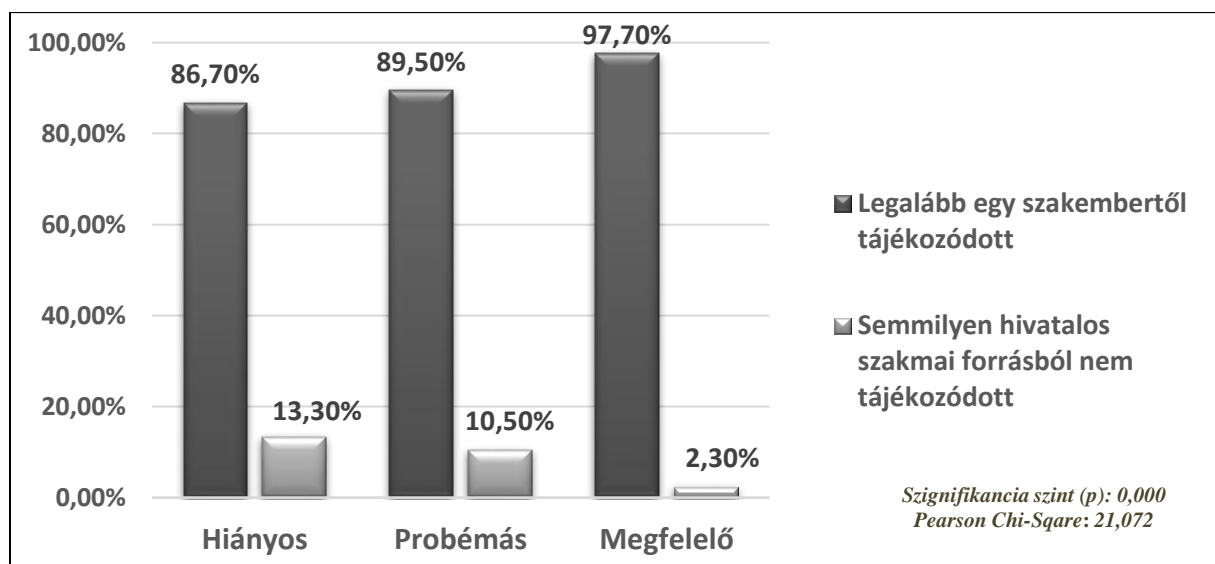
A fenti ábrán az anyák egészségműveltségi szint szerinti eloszlása látható. A felmérésben részt vett anyák felének (50%) megfelelő az egészségműveltsége, egyharmaduknak problémás, 13%-uknak pedig hiányos az egészségértése (13%).

A korábbi HLS-EU kutatások jelentős különbségeket találtak az egészségműveltség szintjeiben az európai országok között. A hiányos egészségműveltség a legritkább Hollandiában, míg a leggyakoribb Bulgáriában volt (HLS-EU Consortium 2012). A válaszadóink körében a hiányos egészségértés gyakorisága kevéssel haladja meg az európai átlagot (12,4%).

Az első hipotézis vizsgálata

A tájékozási forrás és az egészségértési szint összefüggését keresztábra-elemzés segítségével vizsgáltam. Az alábbi ábrán az elemzés sorszázalékait tüntettem fel.

4.ábra – A tájékozódás és az egészségműveltségi szint összefüggése (keresztábra-elemzés, sorszázalékok)

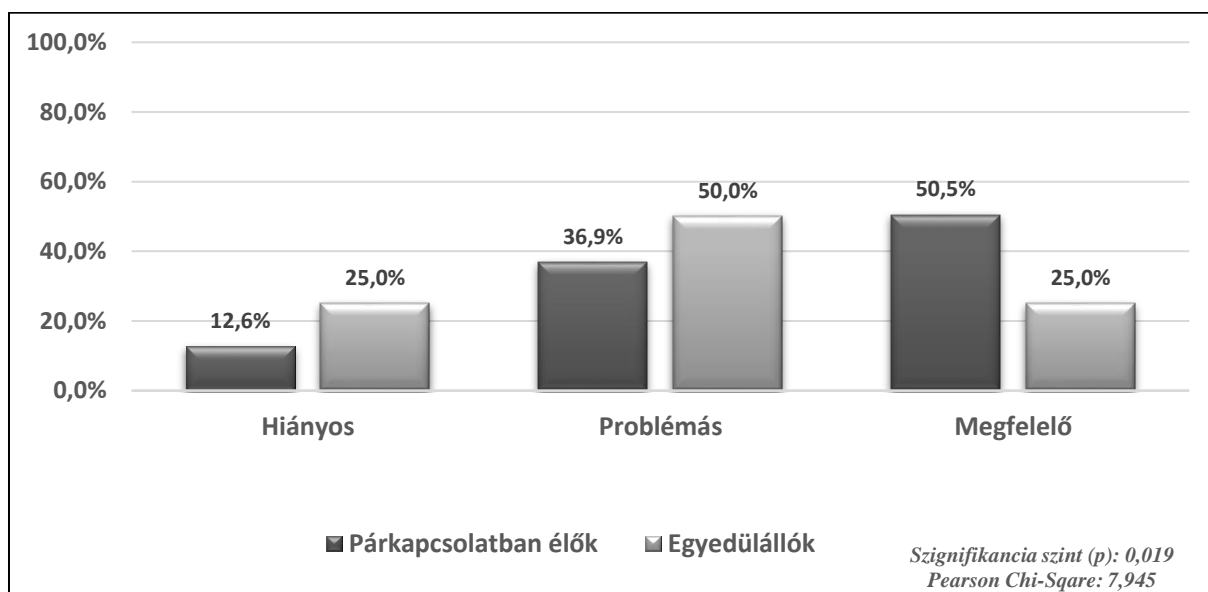


Az első hipotézist eredményeim igazolják: akik a legkevésbé kompetensek az egészség fenntartása terén, azok jelentős részben nem szakmai tanácsot követnek, hanem a médiában megjelent információkra vagy ismerősök tanácsaira hagyatkoznak. Nemzetközi kutatások (Manganello és mtsi. 2015) hasonló eredményekre jutottak: leginkább a szakmai forrásokból származó információkra hagyatkozó szülők azok, akik megfelelő egészségértési szinttel rendelkeznek.

A második hipotézis vizsgálata

Továbbá azt feltételeztem, hogy a párkapcsolat megléte pozitív összefüggésben áll az egészségértéssel.

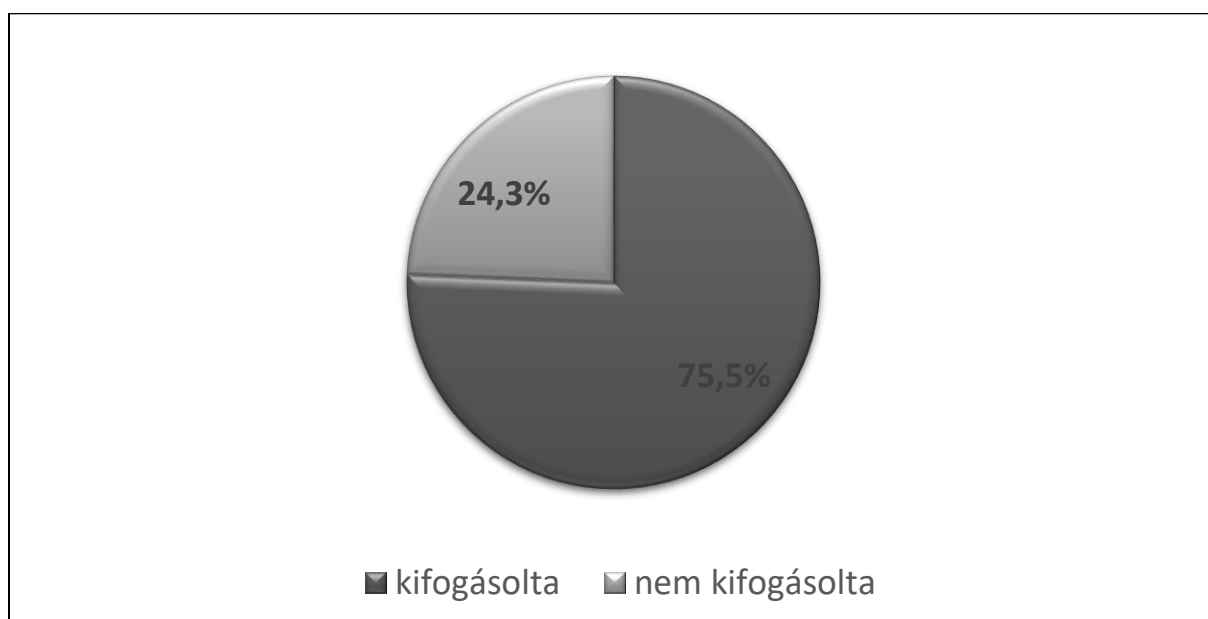
5. ábra – A párkapcsolati státus és az egészségműveltségi szint összefüggése (keresztábla-elemzés, sorszázalékok)



A keresztábla-elemzés kimutatta, hogy a párkapcsolati helyzet szoros összefüggésben áll az egészségértési szinttel ($p=0,019$). Azok, akik párkapcsolatban élnek, nagyobb arányban jellemezhetők megfelelő egészségértési szinttel, hozzájuk képest több egyedülállónak problémás vagy hiányos az egészségértése. Eredményeim alapján elmondható, hogy az egyedülálló anyák egészségértés tekintetében kockázati csoportnak bizonyulnak.

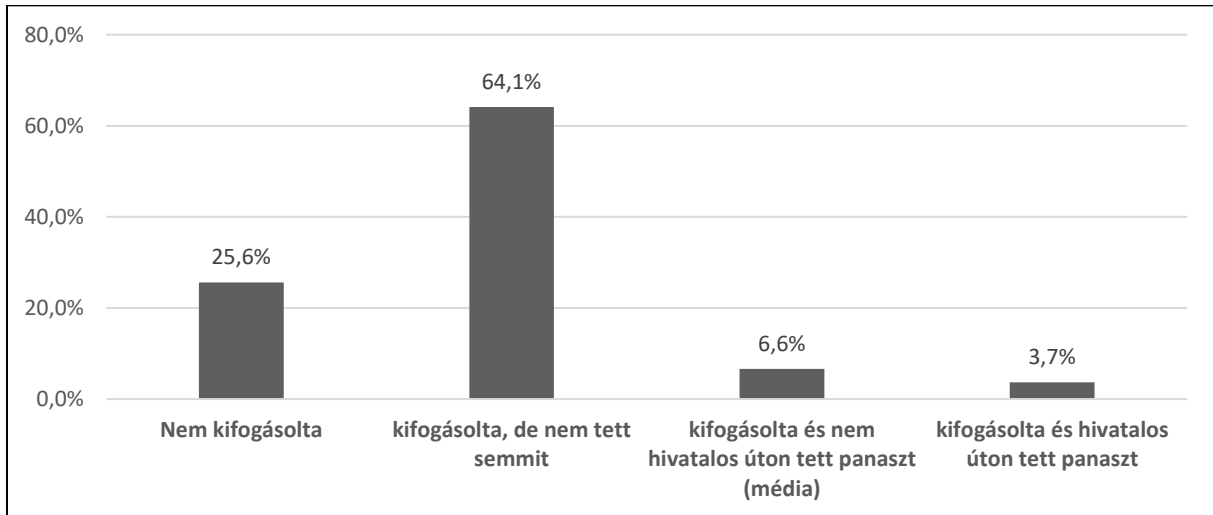
A harmadik hipotézis vizsgálata

6. ábra – Az egészségügyi személyzet munkájának kifogásolása az anyák önbevallása alapján



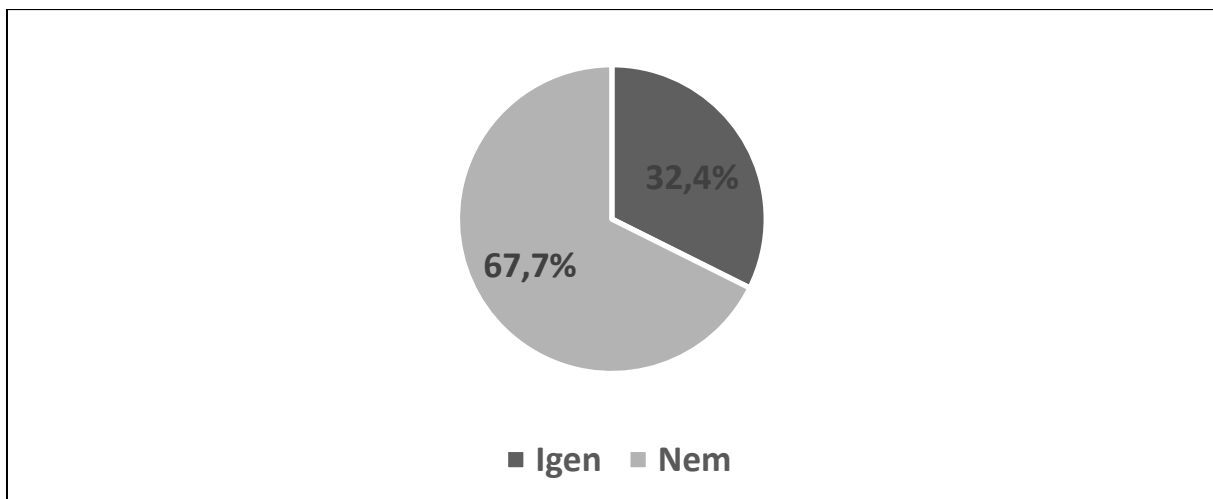
A három országból származó válaszadók háromnegyedével (75,5%) megtörtént már, hogy kifogásolta az egészségügyi személyzet munkájának minőségét a várandósgondozásban és/vagy gyermeke ellátásában.

7. ábra – A minőségi kifogást követő intézkedések



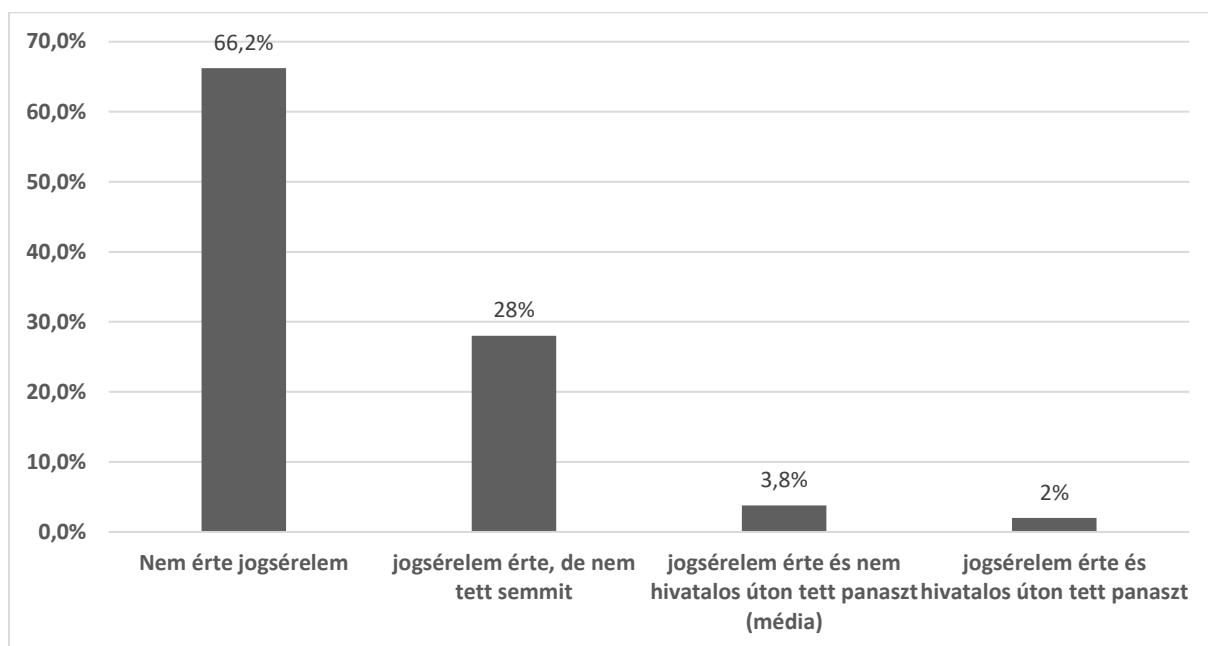
Amennyiben az anyák kifogásolták az egészségügyi személyzet munkáját a várandósgondozásban és/vagy gyermekük ellátásában, a legtöbben nem tettek semmit (64,1%). Ezt követte azok az anyák aránya, akik a médiában jelezték kifogásukat (6,6%). Azok, akik hivatalos úton tettek panaszt, csupán elenyésző mértékben voltak (3,7%).

8. ábra – Előfordult veled, hogy jogsérelem érte, mint várandóst és/vagy anyát az egészségügyi ellátásban



A megkérdezett anyák egyharmadával (32,4%) fordult elő, hogy úgy érezte, az egészségügyi ellátás során várandósként vagy kisgyermekes anyaként jogsérelem érte.

9. ábra – A jogsérelemre adott reakciók



A legtöbb esetben azok az anyák, akiket jogsérelem ért, nem tettek semmiféle resztoratív intézkedést. Kevés anya a médiában internetes komment formájában tett panaszt, végezetül a legkevesebben hivatalos úton, feljelentéssel vagy bírósági perrel igyekeztek helyreállítani az őket ért sérelmet.

1. táblázat - A szakmaiság kifogásolása és az egészségműveltségi szint összefüggése (variancia-analízis)

Amennyiben várandósként kifogásolta az egészségügyi személyzet munkájának minőségét, mi történt?	Egészségműveltségi szint (0-16 pont)
Nem tett semmit	12,09 (problémás)
Nem hivatalos úton (az online médiában) tett panaszt	8,00 (hiányos)
Hivatalos úton tett panaszt	14,00 (megfelelő)
$p = 0,000, F = 46,446$	

A fenti táblázat rámutat, hogy azok az anyák, akik az egészségügyi ellátás minőségét érintő kifogásaik nyomán hivatalos úton panaszt tettek, megfelelő egészségműveltségi szinttel rendelkeznek. Azoknak az édesanyáknak, akik kifogásolták és panaszt emeltek ugyan, de azt nem hivatalos úton, a médiában tették, illetve akik egyáltalán semmi nem tettek az őket ért kár megtérítéséért, nagyobb arányban hiányos, illetve problémás az egészségértésük. A különbség szignifikáns.

2. táblázat - A jogsérelemre adott reakció és az egészségműveltségi szint összefüggése (variancia-analízis)

Amennyiben jogsérelem érte várandósként, mi történt?	Egészségműveltségi szint (0-16 pont)
Nem tett semmit	11,98 (problémás)
Nemhivatalos úton (az online médiában) tett panaszt	9,58 (problémás)
Hivatalos úton tett panaszt	15,26 (megfelelő)
$p = 0,000, F = 17,150$	

A jogsérelem nyomán kialakult reakciók összefüggése az egészségműveltség szintjével hasonlóképpen alakul, mint a szakmaiság kifogásolása esetén. Azok az anyák, akiket jogsérelem ért és hivatalos úton tettek panaszt, átlagosan megfelelő egészségértési szinttel rendelkeztek, míg azok, akik nem tettek semmit, vagy nemhivatalos úton a közösségi médiában sérelmezték a történeteket, problémás egészségműveltségi szinttel jellemezhetők.

Ezen eredmények alátámasztják harmadik hipotézisem: az egészségértés és a betegjogi tudatosság mértéke pozitív összefüggést mutat.

Összegzés, következtetések

Empirikus adataim online felületen felvett kérdőíves kutatásból származnak, ezért a valóságot nem tökéletesen tükrözik, hiszen a válaszadók társadalmi helyzete jobb, mint a teljes népességé. Ezért eredményeimet fenntartásokkal kezelhetjük, és általánosíthatóságuk korlátozott.

E korlát ellenére fontos megállapításokat sikerült tennem a kisgyermekes anyák tájékozódásáról a várandósság idején. Az anyák leginkább több forrásból tájékozódnak, és elsősorban fontos a szakorvos véleménye. Eredményeim szerint a kizárólag a médiából vagy informális csatornákon keresztül tájékozódó anyák egészségértése rosszabb, mint azoké, akik legalább egy szakembertől is információt szereztek. A betegjogi tudatosság mértéke erőteljesen összefügg az egészségértés szintjével.

Az anyák egészségműveltségi szintjének megismerése fontos, mivel a betegedukáció alapjául szolgál. Az egészségértés fejlesztésével közvetett módon a gyermekek életvitele és egészségi állapota is javítható.

Irodalomjegyzék

- Asadi, L., Amiri, F., Safinejad, H. (2020): Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. *Journal of Education and Health Promotion*. 9:286.
- De Buhr, E., Tannen, A. (2020): Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 20:1096.
- Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A., Strogatz, D. (2015): The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. *University at Albany*. 23(4):380-387.
- Morgan, R. M., Hunt, S. D. (1994): The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*. [Vol. 58, No. 3](#) pp. 20-38.
- Moon, R. Y., Mathews, A., Oden, R., Carlin, R. (2019): Mothers' Perceptions of the Internet and Social Media as Sources of Parenting and Health Information: Qualitative Study. *Journal Of Medical Internet Research*. 2019;21(7): 14289).
- Rodger, D., Skuse, A., Wilmore, M., Humphreys, S., Dalton, J., Flabouris, M., Clifton, V. (2013): Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. *Australian Journal of Primary Health*, (19): 308-312.
- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12:80.
- Sejin, H., Yun, J. L. (2011): Determinants of consumer-driven healthcare Self-confidence in information search, health literacy, and trust in information sources. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. Vol. 5 Iss 1 pp. 8 – 24.