ÉLETMÓD ÉS EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIAI
INTERDISZCIPLINÁRIS KUTATÁSOK

VI. KÖTET

Tudományos tanácsadás a társadalom szolgálatában

Szerkesztő:
Rusinné Prof. Dr. Fedor Anita

Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2026

ÉLETMÓD ÉS EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIAI
INTERDISZCIPLINÁRIS KUTATÁSOK

VI. KÖTET

Tudományos tanácsadás a társadalom szolgálatában

Szerkesztő:
Rusinné Prof. Dr. Fedor Anita

Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2026

Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar
(4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2–4.)

Szerkesztette:
Rusinné Prof. Dr. Fedor Anita

Olvasószerkesztő:
Beri Nikolett, Páll Andrea

Technikai szerkesztő:
Kirilla György

Lektorálta:
Dr. Tóth Anikó Panna

© Rusinné Prof. Dr. Fedor Anita
© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

ISSN 2732-0928
ISBN 978-963-615-266-6 (print)
ISBN 978-963-615-267-3 (pdf)

Kiadta: a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja
dupress.unideb.hu
Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Borító szerkesztés és nyomdai előkészítés: M. Szabó Monika
A nyomdai munkálatokat a Debreceni Egyetemi Kiadó nyomdája végezte, 2026-ban

Tartalomjegyzék

Az alapellátásban dolgozó ápolók prevenciós tevékenységének javítása nemzetközi és hazai jó gyakorlatok alapján, a kiterjesztett hatáskörű ápoló szerepe a prevencióban 5
Ujváriné Dr. Habil Siket Adrienn, Dolgos Judit, Nagy Anita, Lánczine Balogh Erika

A cyberbullying jelensége, megelőzése és kezelése 33
Beri Nikolett, R. Fedor Anita

Reziliencia mértékének vizsgálata védőnők körében Magyarországon 47
Fagyas Natália, Jávorné Dr. Erdei Renáta, Némethné Gregor Judit, Barabás Ágota

A prekaritás előfordulása a magyar fiatalok körében – a Magyar Ifjúság Kutatások tapasztalatai 67
Fónai Mihály, R. Fedor Anita

Az aktív állampolgársághoz szükséges attitűdök és viselkedési mintázatok 79
Toldiné Bélteki Andrea

Az idősödés tudományos diskurzusai Magyarországon 94
Gradwohl Regina

A perfekcionizmus mint pszichés konstruktum és összefüggései a különféle pszichés zavarokkal 104
Almásy Csilla, R. Fedor Anita

Bridging cultures in healthcare: integration of traditional medicine with modern medicine in Nigeria 120
Maryam Mojisola Lasisi

A koraszülés és a terhességi időhöz képest kis súlyú újszülöttek (SGA) előfordulásának epidemiológiai vizsgálata, részadatok elemzése telepi környezetben élő nők körében Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében 138
Pauwlik Kinga, R. Fedor Anita

Challenges in Accessing Breast Cancer. Diagnosis Services and Treatment in Punjab Pakistan 154
Noreen Ghazal

Health Cooperation in light of crises and sanctions in Developing Countries. (Case study in Syria) 176
Dr. Bassel Anwar Asaad, Riyam Ghandi Hasan, Eng. Mohammad Bassam Kashamr

A tanulmányi célú migráció gazdasági és oktatási dimenziói: Elméleti keretek és társadalmi hatások 205
Páll Andrea, R. Fedor Anita

Két világ fürdőkultúrája: A magyar és japán fürdőzési szokások összehasonlítása 223
Balta Bianka, Helmeczi Gabriella

Művészetterápiával a nők lelki egészségéért: Az „Istennők nyomában - kreatív önismereti csoport" bemutatása 248
Sárváry Andrea

The correlation between Bullying and Self-Esteem Among International Students: Literature review 266
Jebari Mariem

Az alapellátásban dolgozó ápolók prevenciós tevékenységének javítása nemzetközi és hazai jó gyakorlatok alapján, a kiterjesztett hatáskörű ápoló szerepe a prevencióban

Ujváriné Dr. habil Siket Adrienn[1], Dolgos Judit[2,] Nagy Anita[3], Lánczíné Balogh Erika[4]

[1]egyetemi docens Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Intézet, Ápolási és Szülésznő Tanszék, Kiterjesztett Hatáskörű Ápolóképzés mesterszakfelelős, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u 2-4., ORCID ID: 0000-0002-1346-8046
[2]okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló, vezető ápoló, EFI irodavezető- Tokaji Egészségfejlesztő Központ, 3910 Tokaj, Bodrogkeresztúri út 52/a
[3]okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló, Debreceni Egyetem Klinika Központ Kenézy Gyula Campus, Belgyógyászati Rehabilitáció és Ápolás, 4031 Debrecen Bartók B. út 2-26
[4]okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló, Tokaji Egészségfejlesztő Központ, 3910 Tokaj, Bodrogkeresztúri út 52 Járóbeteg szakellátás

INFO

Ujváriné Dr. habil Siket Adrienn
siket.adrienn@etk.unideb.hu

Keywords
nurses with extended responsibilities, preventive and care tasks, definitive care

ABSTRACT

The aim of the study is to highlight the current and future role of nurses, especially extended care nurses, in preventive services based on international good practice. Advance Practice Nurses (APNs) are able to play an active role in preventive activities, preventive prescribing and care, based on international and national trends. The work of APNs with community specialisation in primary care is therefore key to improving the efficiency of the health services and the health of the population in the country.

Kulcsszavak
kiterjesztett hatáskörű ápolók, preventív és gondozási feladatok, definitív ellátás

A tanulmány célja rávilágítani az ápolók, kiemelten a kiterjesztett hatáskörű ápolók jelenlegi és jövőbeli szerepére a preventív szolgáltatásokban, nemzetközi és hazai jó gyakorlatok alapján. A kiterjesztett hatáskörű ápolók (Advanced Practice Nurse, APN) a nemzetközi trendek alapján képesek a prevenciós tevékenységben, a prevenciós rendelésben és a gondozásban egyaránt aktív szerepet vállalni. Az alapellátásban dolgozó, közösségi specializációval rendelkező kiterjesztett hatáskörű ápolók tevékenysége ezért kulcsfontosságú a hazai egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának és a lakosság egészségének javítása érdekében.

A tanulmány a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Karának szervezésében a Magyar Tudomány Ünnepe 2024. Tudományos tanácsadás a társadalom szolgálatában Tudományos eredmények - a sikeres szolgáltatásfejlesztés alapjai Konferencia keretében elhangzott előadás alapján készült.

Bevezetés

Az Eurostat adatai alapján az Európai Unió tagországai közül hazánk a megelőzhető és megfelelő kezeléssel elkerülhető halálozás vonatkozásában kedvezőtlen képet mutat. 2020-ban 100 000 emberből 350 fő vesztette életét megelőzhető okok miatt. Magyarország Romániát követően a második legmagasabb mutatóval rendelkezik a megelőzhető halálesetek számát tekintve[1-2]. Ezen mutatók javításához elengedhetetlen a hazai alapellátás szintjén a megelőző szolgáltatások fejlesztése. Példaként kiemelve, egy átlagos angliai háziorvosi körzetben 2,59 halálesetet előznek meg, valamint a háziorvosok preventív szolgáltatásai révén évente potenciálisan 3,41 halálesetet előzhetnének meg. Abban az esetben, ha hazánkban is a preventív szolgáltatások hasonló hatékonysággal működnének, mint az angol régióban, akkor az alapellátásban nyújtott preventív szolgáltatásaikkal a háziorvosok 28 335 halálesetet előzhetnének meg, amiből minden évben 21 519 fő életét képesek megmenteni és 6 816 életet nem. Ezen statisztikai adatokat sajnos kedvezőtlenül befolyásolja a 65 év alatti kardiovaszkuláris halálozás, az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás, a cerebrovaszkuláris- és a cukorbetegség okozta halálozás. Ugyanakkor ezen mutatók javítása elérhető az alapellátás preventív szolgáltatásaiból (Sándor 2020; BM ESZK Egészségügyi szakmai irányelv; A praxisközösségekben végzett–felnőtteket érintő prevenciós rendelésről 2023).

Nemzetközi irodalmak szerint a praxisközösségekben a háziorvos mellett a kiterjesztett hatáskörű ápoló (Advanced Practice Nurse, továbbiakban APN) szerepe is jelentős a prevenciós rendelések során. Számos vizsgálat alátámasztotta, hogy alapvetően nem a háziorvos, hanem az ápoló tevékenységébe illesztett eljárások gyakorlati alkalmazása során érhető el egészségnyereség. Ebből kiindulva a prevenciós rendelések alkalmával az APN-k számos fontos feladatot láthatnak el hazánkban is az ajánlottan alkalmazandó 15 intervenciós célpont vonatkozásában, mint *alkoholfogyasztás, aszpirin profilaxis, cukorbetegség, családon belüli erőszak, depresszió, dohányzás, drogaddikció, elesés, elhízás, fizikai aktivitás, hasi aorta aneurizma, hypertonia, zsíranyagcserezavar, osteoporosis, táplálkozás* (Sándor 2020; BM ESZK Egészségügyi szakmai irányelv; A praxisközösségekben végzett-felnőtteket érintő prevenciós rendelésről 2023).

A jelen tanulmány célja bemutatni az alapellátásban dolgozó ápolók - kiemelt fókuszban a kiterjesztett hatáskörű ápolók - szerepét a preventív szolgáltatások során.

Adat és módszer

Irodalmi áttekintés, irodalomkutatás. Az irodalmi áttekintés az ápolók feladataival, prevenciós feladataival, mint kiemelt témával kapcsolatos tudományos szakirodalmat mutatja be, adott kontextusba helyezve. Magában foglalja az anyag kritikai értékelését is. Az irodalomkutatás során a témában megjelenő releváns szakirodalmak online adatbázisokban való keresése kulcsszavak felhasználásával történt. A szakirodalom felkutatása során az alábbi kulcsszavak kerültek alkalmazásra: közösségi ápoló, advanced practice nurse (APN), Nurse Practitioner (NP), kiterjesztett hatáskörű ápoló, alapellátás, kompetencia, hatáskör, prevenció, gondozás. A kutatás során olyan 10 évnél nem régebbi releváns szakirodalmak kerültek beválasztásra, amelyek konkrét információt tartalmaztak a betegek ellátása és gondozása során az alapellátásban dolgozó ápolók és az APN hatásköréről, feladatköréről, fókuszálva a prevenciós tevékenységre. Emellett nemzetközi és hazai kitekintés készült a téma legfontosabb területeire, jelentőségére fókuszálva, a múlt-jelen-jövő idősík vonatkozásában. Kiemelten olyan kutatások kerültek ismertetésre, amelyek az ápolók prevenciós feladatait vizsgálták.

Eredmények

Nemzetközi kitekintés, az alapellátás szerepe a népegészségügyi problémák kezelésében, az ápolók kiemelt feladatrendszere, kompetenciái

Az egészségügyi alapellátás irányelveit a *Nemzetközi Egészségügyi Alapellátási Konferencia fogalmazta meg Alma–Atában* (Szovjetunió) 1978-ban. A kongresszus szerint az alapellátás olyan eszköz, amellyel elérhető, hogy „2000-re a világ minden lakosa olyan egészségügyi színvonalat érjen el, amely lehetővé teszi számára, hogy mind társadalmi, mind gazdasági szempontból produktív életet éljen” (Kishegyi és Makara 2004). A konferencia központi témái a lakosság egészségi állapotában tapasztalt egyenlőtlenségek megszüntetésének megoldására tett lépések voltak. A Deklaráció rögzítette azt, hogy az egészség alapvető emberi jog. A konferencia fő célkitűzéseinek megvalósításához az alapellátás kialakítását, fejlesztését és fenntartását nevezte meg. Hangsúlyozta az egészségfejlesztést, a gyakoribb betegségek megelőzését felvilágosítással, védőoltásokkal, megfelelő élelmiszerellátással,

biztonságos ivóvízzel és közegészségügyi intézkedésekkel, valamint anya- és gyermekvédelemmel és családtervezési szolgáltatásokkal. Az alapellátás a kapcsolat első szintje is az egyének, a családok, a közösségek, valamint az egészségügyi ellátórendszer között (Ujváriné és Farkas 2014). A nyilatkozat arra is kitért, hogy (1) mivel az egészség elérése az egyik legfontosabb társadalmi cél, a kormányoknak kell biztosítani az alapellátásban rejlő lehetőség kiaknázásához az erőforrásokat, beleértve a más szektorokkal való együttműködés kereteit is; (2) ez a rendszer képes integrálni az orvosok, ápolók és más egészségügyi szakemberek együttműködését; (3) és erre a rendszerre támaszkodva lehet hatékonyan működtetni az egészségfejlesztési, a preventív, a gyógyító és a rehabilitációs szolgáltatásokat (Sándor 2020; BM ESZK Egészségügyi szakmai irányelv).

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa 1979-ben a világ ápolóinak nevében szólva kinyilvánította azt a szándékát, hogy nemzetközi és nemzeti szinten is együttműködik annak érdekében, hogy az egészségügyi alapellátás a gyakorlatban is megvalósuljon. Ez a szándéknyilatkozat tükrözte azt a közismert tényt, mely szerint a legtöbb egészségügyi ellátási rendszerben a nemzeti egészségügyi erőfeszítések sikere nagymértékben attól függ, hogy milyen az ápolói szakma felkészültsége és elhivatottsága.

Az Egészségmegőrzés I. Nemzetközi Konferenciáját 1986-ban Kanadában, Ottawa városában tartották. A konferencia legfőbb eredményeit az *Egészségmegőrzés Ottawai Chartája* tartalmazza. A Charta tovább erősítette az alapellátást azzal, hogy még nagyobb teret adott a prevenciónak, hangsúlyozta az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés fontosságát, mind egyéni, mind pedig közösségi szinten (Kishegyi és Makara 2004).

Az 1996-ban elfogadott *Ljubljanai Charta* az egészségügyi ellátás átszervezéséről megfogalmazta azokat az alapelveket, amelyeknek az egészségügyi rendszerre irányuló átalakítási terveket vezérelniük kell. Ezek közé tartozik, hogy az egészségügyi rendszer reformjának irányelveit az emberi méltóság, méltányosság, szolidaritás és hivatásetika szabja meg; világos céljai legyenek az elérendő egészségnyereségre vonatkozóan; legyen emberközpontú; összpontosítson a minőségre; megfelelő pénzügyi alapokon nyugodjon; és hangsúlyosan forduljon az alapellátás felé.

Az alapellátásban a reformoknak azt kell biztosítaniuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások minden szinten óvják és elősegítsék az egészséget, fejlesszék az életminőséget, előzzék meg és kezeljék a betegségeket, rehabilitálják a

betegeket, és gondoskodjanak a halálos betegségekben szenvedőkről (WHO 2020).

A közösségi szintű népegészségügyi intervenciós modellek közül kiemelendő a *North-Karelia Project (Észak-Karélia Program)* 1972 és 1992 között Észak-Karéliában (Finnország keleti tartománya) zajló, nemzetközi hírű program, melynek előzménye az volt, hogy ebben a régióban a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozások mértéke igen magas volt a középkorú férfiak körében (Puska, Toomilehto és munkatársai 1995). A hipertóniás betegek szűrését hipertónia ambulanciák végezték, amelyeket ún. public health nurse vezetett. Ez a modellkísérlet a monitorszisztémát és az intervenciót együttesen alkalmazta, ezáltal biztosítva az intervenció hatásosságának nyomon követését. A családorvosok és a körzeti ápolók egészségi állapotfelmérést szerveztek a lakosság számára, melyet a rászorulók kezelése, a kockázati tényezőkkel bírók életmódi tanácsadása és rendszeres ellenőrzése követett. Az eredményeket 5 évente felmérésekkel monitorozták. A program eredményei között szerepel például, hogy a 35-64 éves férfiak körében 57%-kal csökkent a halálozás az életmódváltoztatások következtében (NNK 2020a, 2020c).

Finnországban az egészségügyi alapellátás egy alapvető közszolgáltatás, mely régiónként egészségügyi központokban (Health Care Centerekben) működik, az egészségügyi rendszer alapját képezve (Szabadfalvi és Varga 1991). Az egészségügyi központok eleinte a már meglévő intézményekből alakultak ki, helyi orvosi rendelők, helyi kórházak részlegeiből, melyeket célszerű módon kiegészítettek. Széles körű orvosi, szociális és közösségi szolgáltatásokat nyújtanak helyi lakosságuknak (egészségmegőrzés és prevenció, diagnosztikai szolgáltatások, gyógyító, palliatív és rehabilitációs ellátás). A személyzetet multidiszciplináris szemléletű ápolók és más egészségügyi szakemberek alkotják (laboratóriumi asszisztensek, szülésznők, gyógytornászok, szakorvosok, gyermekorvosok, nőgyógyászok, pszichiáterek stb.). Egy központ általában mintegy 10000 lakost lát el. A legtöbb egészségügyi központban 4-6 orvos dolgozik, minden orvosra 11 fő egyéb képesítésű egészségügyi munkatárs jut. Működtetnek laboratóriumot, képalkotó diagnosztikai egységet, fizikoterápiát is. Fektetőrészlegük is van, itt történik a kórházakból hazabocsátott betegek rehabilitációja. A tanácsadók népszerűségét a magas megjelenési arányszám és az eredmények igazolják. Az egészségügyi központok munkájában nagy jelentőséggel bír az egészségnevelés. Ezt nem általános formában, hanem speciális területekre

szervezik és alkalmazzák. Ilyen például a szív- és érrendszeri betegségek, vagy a cukorbetegség megelőzését célzó tanácsadás. A közösségi - prevenciós - ápolók (Public Health nurse) szervezik a szűréseket, adják a védőoltásokat, gondozásba veszik a hipertóniás betegeket, és gyógyászati segédeszközökkel látják el az arra rászorulókat. Így az ápolók olyan munkát is elvégeznek, amely Magyarországon orvosi feladat. A korszerű alapellátás tehát önálló szakdolgozói munkára is épül, ennek alapján lehetne itthon is pl. az önálló „ápoló-rendelés" (Szabadfalvi és Varga 1991).

A brit alapellátási rendszerben a szolgálatok a családorvosok köré tömörülnek (Balogh, 1998). Egy épületben 2-6 családorvos rendel. Kiemelendő, hogy a praxisápoló (praxis nurse) külön rendel, más, az orvosétól független helyiségben is, és kizárólag ápolási, egészségfejlesztési, felvilágosítási tevékenységet folytat. Az ő feladata a vérnyomásmérés, a vérvétel, a védőoltások adása, a szűrési és diagnosztikai vizsgálatok kivitelezése, a krónikus betegségekre (asztma, diabetes) tartósan szedett gyógyszerek receptjeinek, illetve ápolási eszközök, segédeszközök felírása, életmódbeli és ápolási tanácsadás. A körzeti ápolók szoros kapcsolatban állnak a rendelőkkel, bár tevékenységüket a betegek otthonaiban folytatják. Munkájukat egészségügyi szolgálatok által kidolgozott standardok alapján végzik. Tevékenységi körük és kompetenciájuk végzettségüktől, beosztásuktól és gyakorlatuktól függ. Az ő tevékenységüket egészítik ki a kötöző ápolók, akik hosszan tartó sebkezelésre szakosodtak, illetve a MacMillen ápolók, akik a daganatos betegek gondozásában vesznek részt. Ezen kívül jelen vannak az alapellátásban a közösségi pszichiátriai ápolók, akik a betegek otthoni gondozását végzik (Balogh 1998).

A brit alapellátás körébe tartozik a háziorvosi és otthonápolási szolgálatokon kívül az iskolaegészségügyi, fogászati, audiológiai, munka-rehabilitációs, ortopédiai, dietetikai, szociális, tanácsadói és gyógyszertári szolgálat is. Az ellátás során közösségorientált szemlélet valósul meg, amely a legmodernebb ellátás szervező elv Európa alapellátási rendszerében (Balogh 2008).

Az APN tevékenysége folyamatos monitorozás alatt áll, a páciensek több információhoz jutnak ellátásukkal kapcsolatban, emelkedik az ellátás színvonala; ezzel együtt pedig nincs jelentős különbség az ellátás költségeiben, a felírt receptek és vizsgálatkérések számában az orvosok által ellátott körzetekkel összehasonlítva (Fehér 2020). Egy angol tanulmány érdekessége, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápoló több időt töltött egy beteggel, mint a háziorvos (orvos átlag 9,36 perc, APN átlag 15,97 perc) (AACN, 2021).

Az *Amerikai Egyesült Államok egészségügyi szemléletében* kiemelten az otthoni szakápolás/gondozás kap hangsúlyos szerepet, a család és a közösség bevonásával. Az ápolási napok csökkentése érdekében a kórházból történő gyors távozást szorgalmazzák, és megfelelő szakellátást biztosítanak a további ellátásához otthonában. Az MSc ápolók önállóan végzik tevékenységüket, esetenként orvosi szupervizió mellett. Az egyetemi végzettségű, önállóan praktizáló ápolók (Nurse Practitioners: NP) jogosultak diagnózis felállítására és a kezelésre is, akár az ápolói vizitek teljesítése során. Az ápolói vizithez szükség van orvosi beutalóra.

2020-ban 325 000 APN volt regisztrálva, 88,9 százalékuk az alapellátásban dolgozott, és az amerikai statisztikák szerint az APN-ek száma 31 százalékkal fog nőni 2016-2026 között, ~~és~~ az egyik leggyorsabban növekvő szakma lehet (Dózsa, Kalmár és munkatársai 2020). Az ápoló az orvos vizitdíjának 85 %-ára jogosult, melynek 20%-át a beteg fizeti. Az ápolók 15,6%-a dolgozik az otthoni ellátásban (NNK 2020b). Önálló kompetenciával rendelkeznek a következő tevékenységekben: fizikális betegvizsgálat, különböző tesztek elvégzése, differenciáldiagnosztika, diagnózis felállítása, laboratóriumi vizsgálatok elrendelése és értékelése, kezelési terv készítése, magasabb szintű ellátási intézménybe utalás, tanácsadás egyén és a család szintjén is, gyógyszeres terápia elrendelése, akut esetben bejuttatása, klinikai vizsgálatokban, projektekben való részvétel, közvetlen irányító szerep az alacsonyabb képesítéssel rendelkező munkatársak vonatkozásában (Hollinhurst, Horrocks és munkatársai 2006).

Külföldön a kiterjesztett hatáskörű ápolók képzése és alkalmazása mellett szóló talán legerősebb érvek, hogy az ápoló ugyanolyan szintű ellátást, és átlagosan magasabb betegelégedettséget ért el azokban a gondozási tevékenységekben, amelyek az orvosi feladatkörből kerültek delegálásra. Ennek köszönhető, hogy több időt tudnak szánni egy-egy betegre, sok beteg bizalmasabb velük, mint az orvosával, illetve a körzeti ápolók sok esetben otthonukban látják el a betegeket, ezért nemcsak a betegségüket, hanem a környezetet, a családot is ismerik (Schönenberger, Sottas és munkatársai 2020).

Az Advanced Practice Nurse (továbbiakban APN) fogalmát az *Ápolók Nemzetközi Tanácsa* (ICN) 2002-ben írta le, a világ minden országában iránymutatást ad: Kiterjesztett Hatáskörű Okleveles Ápoló (APN, NP) egy olyan regisztrált ápoló, aki szakértői tudásalapot, komplex döntéshozói képességeket és kiterjesztett hatáskörű klinikai kompetenciákat sajátított el,

azon ország jellemzőinek megfelelően, ahol a működését megvalósítja (ICN, 2020).

Az *Egészségügyi Világszervezet (WHO)* ápolói humánerőforrás jelentéseit elemezve látható, hogy kulcsfontosságú beavatkozások fogalmazódtak meg az ápolók helyzetének megváltoztatása érdekében. Ide tartozik az új képzési politika bevezetése, a gazdasági ösztönzők, a nem pénzbeli motivációk szerepének növelése, a készségek és kompetenciák helyettesítésének megoldása, a szabályozási keretrendszer, az egymást kiegészítő készségekre alapozó teamek és a készségmix elkészítése, földrajzi és populációs szempontok mentén (WHO 2016, 2020).

Ha az egészségügyi képzéseket kívánjuk megfeleltetni az *Európai Képzési Keretrendszernek (EQF - European Qualifications Framework - I21),* a BSc végzettségek általában a 6. szintnek, az MSc a 7. szintnek, a doktorátus pedig a 8. szintnek feleltethető meg.

Az APN elnevezés nemzetközi szinten igen eltérő jogosultságokat ad az egészségügyi rendszerben elérhető kompetenciákat illetően (Nagy 2023).

A BSc és az MSc kiterjesztett hatáskörű ápolók kompetenciái nemzetközi szinten

A következőkben négy országcsoport kerül bemutatásra az APN-ek kompetenciáit illetően (Nagy 2023).

Az első országcsoport: *Egyesült Államok, Egyesült Királyság és Kanada*. Közös jellemzőjük a meglévő vagy a gyarmati múltból fakadó, nagy területeken fennálló, ritka találkozási alkalmak során történő egészségügyi ellátási kötelezettség a nagy területen szétszórtan élő lakosság irányába. Nem véletlen, hogy megjelenik az egészségügyi alapképzetséggel rendelkező személyek kompetenciáinak kiterjesztése iránti igény. A közösségi ápolók ezekben az országokban a középfokú (EQF – 4 ~ érettségi) szinten nem, csak BSc szinten jelennek meg, azonban már itt is rendkívül széleskörű kompetenciákkal rendelkeznek.

1. táblázat: USA, UK és Kanada közösségi ápoló BSc alapellátás kompetencia

	Egyesült Államok	Egyesült Királyság	Kanada
BSc alapellátási kompetenciák	A betegek kezelésének koordinációja, betegedukáció, egészségfejlesztés, tanácsadás, oltások beadása, telefonos triázs, epizódikus rosszullétek delegált kezelése, diagnózis utáni direkt betegellátás, rendszeres szűrővizsgálatok végrehajtása, praxismenedzsment, praxisvezető ápoló, kórházba utalások megszervezése, algoritmus alapú ellátás, mint gyógyszeres kezelés a krónikus, nem multimorbid pácienseknél, újonnan érkező betegek fizikális vizsgálata, magasság, súly és vitálparaméterek mérése és rögzítése, mintagyűjtés (nyálkahártya-, vérminta), gyógyszerbeadás, kötszercsere.	Vérvétel, EKG készítése, szövődményes és komplikált sebek ellátása, lábszárfekély kezelése, oltási tanácsadás és oltások beadása, (trópusi betegségek és gyermekkori oltások egyaránt), családtervezési tanácsadás, méhnyakrákszűrés (vizsgálattal), dohányzásról való leszoktató program vezetése, termékenységi tanácsadás, születés előtti terhes- és gyermekgondozás, klinikai kritériumok kezelése (pl. asztmás betegek 70%-ának gyakorlati látogatása 15 havonta), gyakorlati szervezet szabványainak felügyelete (betegfeljegyzések nyomon követhetősége, vérnyomás rögzítése a 45 év feletti betegek 75%-nál, stb.).	Életmódtanácsadás, betegségek kezelése, gyógyszeres kezelés, kisméretű sebek varrása - varratok eltávolítása, inzulin indítás, mintagyűjtés, INR-beállítás, injekciók, kötéscsere, oltás, fül-fecskendezés, szemölcs-kezelés, lábápolás, fogamzásgátlók ismételt felírása, inzulinadag beállítása, warfarin módosítása.

Forrás: Saját szerkesztés az NNK 2020b alapján

2. táblázat: USA, UK és Kanada APN MSc alapellátási kompetenciái

	Egyesült Államok	Egyesült Királyság	Kanada
APRN Kompe-tenciák	receptfelírási jogosultság, diagnózis felállítása, kezelési terv önálló összeállítása, vérkémiai és laborvizsgálatok indukálása és értékelése, kezelés, teljes felelősség a betegek bizonyos csoportjaiért (specializáció - pl. geriátria), kórházba utalás	teljes betegellátási profil, gyógyszer-rendelés, laboratóriumi és vérkémiai vizsgálatok rendelése és elemzése, szakambulanciára utalás, publikációs és kutatói profil	A Nurse Practitioner-ek direkt betegellátást biztosítanak, különös tekintettel az egészségfejlesztésre, és különböző egészségügyi állapotok kezelésére. Kiterjesztett hatáskörük van, és diagnosztizálhatnak, valamint rendelhetnek és értelmezhetnek diagnosztikai teszteket. Felírhatnak gyógyszereket is, és végrehajthatnak bizonyos beavatkozásokat.

Forrás: Saját szerkesztés az NNK 2020b alapján

A fenti két táblázatban kiemelten látható az idehaza orvosi kompetenciáknak minősülő tevékenységek listája, mint a *recept/gyógyszerfelírási* jogosultság, a *laborvizsgálatok rendelése és elemzése*, a *beutalási jogosultság* és a *diagnózis felállítása*.

A második országcsoport *Finnországot, Dániát és Hollandiát* foglalja magában.

3. táblázat: Finnország, Dánia és Hollandia BS/MS alapellátási kompetenciái

	Finnország	Dánia	Hollandia
BSc alapellátási kompe-tenciák	Artériás hypertensió, diabetes, MBO, cardiovascularis betegségek, asztma COPD, akut cardiális problémák, ált fertőzések, allergiák, kisebb sebek és sérülések. Ápolói referálás után önálló esetkezelés. Önálló esetkezelés problémamentes esetekben, posztgraduális képzéssel +30 ECTS, orvosi távkonzultációs esetkezelés. Önálló körzeti ápolói esetkezelés várandósok és gyermek háziorvosi rendelők, valamint iskolanővérek vonatkozásában. Betegutak menedzsmentje.	Tradicionális ápolói szerepek, oltások beadása, sebkötözés, betegutak menedzsmentje.	Klinikai diagnózis és kezelés kisebb betegségek esetén, oltások beadása, varrateltávolítás, fül-fecskendezés, szemölcsök eltávolítása folyékony nitrogénnel, kenetvétel, vérnyomás-ellenőrzés, telefonos triázs.
APRN Kompe-tenciák	Korlátozott receptfelírási gyakorlat, meghatározott betegségcsoportok önálló kezelése, diagnózis felállítása.	-	Receptfelírási jogosultság, diagnózis felállítása, kezelési terv önálló összeállítása, vérkémiai és laborvizsgálatok indukálása, és értékelése, teljes felelősség a betegek bizonyos csoportjaiért (specializáció, pl. geriátria), kórházba utalás.

Forrás: Saját szerkesztés az NNK 2020b alapján

Ezen fentebbi országcsoport esetében a BSc jogosultságok rendkívül közeliek a hazai BSc kompetenciákhoz. Az APN szerepe itt az első országcsoporthoz képest korlátozott (például a receptfelírás területén); azonban az önálló diagnózis felállítása, és adott betegségcsoportok kezelése jogában áll. A

holland szabályozás a legmegengedőbb, amely az első országcsoporthoz a legközelebb áll.

4. táblázat: Németország, Ausztria és Svájc középfokú és MSc alapellátási kompetenciái

	Németország	Ausztria	Svájc
Középfokú képzés kompetenciái	varratszedés, EKG-készítése, egyszerű audiometria, kötszerelés, vérvétel, injekciózás, vérnyomásmérés		
APRN Kompetenciák	Törvényileg nem deklarált, de létező betegellátás, krónikus sebek ellátása, DM kezelése, hipertónia kezelése, kivéve a terhesség alatti hipertónia, demencia önálló kezelése.	-	Törvényileg nem deklarált, de létező betegellátás, betegvizsgálat, kezelési terv önálló összeállítása.

Forrás: Saját szerkesztés az NNK 2020b alapján

A 4. táblázatban a harmadik országcsoportba tartozó *Németország*, *Ausztria és Svájc* kompetencia-szabályozása található meg. Érdekes, hogy mindhárom ország egységesített középfokú képzési kompetencia-rendszerrel rendelkezik, az azonos nyelvű munkavállalói cserét lehetővé téve. Az MSc szintű APN területen azonban korántsem ennyire egységes az országcsoport. Németországban és Svájcban létezik a képzés, azonban a kompetenciák terén a szokásjog az uralkodó, némi különbséggel a részletekben. Magyarországon jelenleg nem létezik ilyen szokásjog. Hamarosan várható a hazai szabályozás elkészülte a közösségi specializációjú APN-ek számára. A földrajzi közelségből eredően valószínű, hogy a magyar szabályozás megjelenése hatással lehet az osztrák és a német szabályozások törvényi megerősítésére is.

A negyedik országcsoportot a magyarral rokon múltú *Lengyelország és Csehország*, valamint *Svédország* alkotja.

5. táblázat – Svédország, Lengyelország és Csehország BSc és MSc alapellátási kompetenciái

	Svédország	Lengyelország	Csehország
BSc alapellátási kompe-tenciák	Idősek otthoni ellátása, DM, krónikus szívbetegségben, asztmában és COPD-ben szenvedő betegek önálló ellátása orvosi szupervízióval.	Ismételt gyógyszerek felírása, vérkémiai tesztek és egyéb diagnosztikus tesztek elrendelése és elemzése, alacsony kockázatú betegek vizsgálatára.	2014-ig
APRN Kompe-tenciák	Kompetenciája kiterjed a diagnosztikus (vérkémiai és képalkotó vizsgálatok elrendelésére és elemzésére), a kezelési terv összeállítására és a beteg szakorvoshoz való továbbküldésére, krónikus betegek önálló esetkezelésére, valamint korlátozott gyógyszerfelírási jogra.	-	-

Forrás: Saját szerkesztés az NNK 2020b alapján

Az országcsoportból Svédország adatai állnak rendelkezésre, itt olyan (idehaza jelenleg kizárólag orvosi) kompetenciái vannak az APN képzésben végzetteknek, mint a képalkotó, és vérkémiai vizsgálatok elrendelése, szakorvosi beutalás, krónikus betegek esetkezelése (önállóan), illetve gyógyszerfelírási jog – bizonyos megkötések mellett.

A fenti táblázatok az Nemzeti Népegészségügyi Központ (2020), elemzése alapján készültek, melyek az alapellátásban dolgozó ápolók képzésének, kompetenciáinak nemzetközi gyakorlatát vizsgálja, az EFOP 180 pályázat anyaga alapján. Emellett Oláh (2017) előadásának anyagára is támaszkodnak, mely az Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés nemzetközi gyakorlatát és magyarországi bevezetésének koncepcióját mutatja be. Az előadás a XII. Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók Országos és Nemzetközi Kongresszusán hangzott el 2016-ban, Pécsett.

6. táblázat – Európai képzési szintek és specializációk az APN képzésben

	Képzés szintje	Jellemző specializáció/ kompetencia
Belgium	MSc	intenzív ápolás, sürgősségi, geriátriai, gyermekgyógyászati, pszichiátriai, képalkotó, sebellátás, szociális ellátás, közösségi ápolás, onkológiai és palliatív ellátás
Ciprus	12-18 hó posztgraduális	diabetes, közösségi és mentálhigiénés ápoló
Csehország	2-3 év MSc	diagnosztizálás, konzultáció, laborvizsgálatok rendelése és kiértékelése, krónikus betegségek gondozása (kezelés és utánkövetés)
Dánia	MSc	Intenzív és anesztézia, pszichiátria, közegészségügyi, ápolásvezetés és menedzsment
Finnország	MSc	akut ellátás, geriátria és szülésznői ellátásban kibővített kompetenciával
Francia-ország	MSc	onkológiai, geriátriai, gyermekellátás, palliatív és pszichológiai területű specializáció
Görögország	MSc	aneszteziológia, sürgősségi ellátás, gyermekgyógyászat, onkológia, közösségi ellátás, pszichológia
Írország	magasan kvalifikált APN	krónikus, akut, sürgősségi és szülésznői feladatokra specializáltan
Hollandia	MSc	Több specializáció, a szülész APN önálló és független szakma!
Lengyelország	MSc	szülésznői, gyerekgyógyászati, pszichiátriai specializáció
Svédország	MSc	anesztézia, közösségi ápolás, intenzív ápoló, gyermekgyógyászati, sebészeti, onkológiai, pszichiátriai, geriátriai specializáció
Svájc	MSc	Számos szakterületen működhetnek, az alapellátás, gerontológiai specializáció kiemelten jelen van.
Egyesült Királyság	MSc	Fókuszban az alapellátás, számos specializációval, közösségi, népegészségügyi, gyermekgyógyászat. Külön lincencek figyelhetők meg egyes betegségcsoportokra lebontva (epilepszia, Parkinson, tumoros megbetegedések.
Németország	MSc	Több specializáció betegségcsoportonként.

Forrás: Saját szerkesztés az NNK 2020b alapján

A 6. táblázatban összefoglalóan látható az APN képzések országonkénti specializációkat tartalmazó sokszínűsége. Összegzésképp megállapítható, hogy minden egyes ország a saját igényei szerint speciális arculatot és

kompetenciákat tud adni az egészségügy magasan képezett, paramedic területének.

A hazai helyzet rövid ismertetése, az ápolók szerepe az alapellátás szintjén nyújtható hatékony prevencióban

A KSH 2023-as adatai szerint a 4 305 (felnőtt) +1 299 (gyermek) praktizáló háziorvos több mint 59 462 M (felnőtt) +12 434 M (gyermek) esetet látott el, azaz az egy háziorvosra jutó évi betegforgalom 13 619 (felnőtt praxis) és 9 491 (gyermek praxis) (KSH 2023). Emellett az egy háziorvosra jutó betegek száma nő, közben a háziorvosok jelentős hányada öt éven belül eléri a nyugdíjas kort. Hasonló a trend az ápolói demográfiai területen is. Szinte hiányoznak a rendszerből a BSc és az MSc végzettséggel rendelkező ápolók. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) 2018-as felmérése szerint mindössze a közösségi, körzeti ápolók 10,32 - %-a rendelkezik diplomával, továbbá a kompetenciájuk is tisztázatlan, feladatkörük ellentmondásos, és a finanszírozásuk is alacsony (Hirdi, Lukács és munkatársai 2019).

Az ápolói feltételrendszert tekintve jellemzően a két személyes praxismodell a jellemző, egy háziorvos és egy jellemzően OKJ végzettségű ápoló által történik a rendelés. Jelenleg a hazai háziorvosi praxisokban az egy betegre fordított ellátási idő átlagosan 5 perc a 4 órás rendelési időben. Ebbe értelemszerűen nem fér bele a minőségi prevenciós munka (Hirdi, Lukács és munkatársai 2019). Mindezen problémák mellett a lakosság elöregedő, egészségi állapota folyamatosan hanyatló, többek között a nem megfelelő életmód következményeként és mindezek miatt az ellátórendszer költségnövekedése látható. Ha megnézzük azt, hogy hasonló kihívásokra milyen választ adott Európa, láthatjuk, hogy a fejlettebb ápoláskultúrájú országok a kiterjesztett hatáskörű ápolóképzés és a MSc fokozattal rendelkező közösségi szakápolók rendszerbeállítását alkalmazták. Az Európai Unió 28 országából ma már 13 országban van kiterjesztett hatáskörű ápoló képzés (Oláh, Fullér és munkatársai 2019).

A probléma megoldása érdekében hazánkban is elindult a kiterjesztett hatáskörű ápoló képzés 2017-ben, hat specializációval. Ennek keretén belül az alapellátásban kiemelt jelentőségű a *közösségi szakápoló specializáció*, amely az alapellátás progrediáló helyzetét hivatott javítani. Emellett kifejezetten támogatja az alapellátás definitív funkcióinak megerősödését a *geriátriai és sürgősségi szakápoló specializáció,* valamint azok gyakorlati bevezetése is.

Az ápoló feladatainak megismerésére az EFOP 1.8.2-17 és VEKOP-7.2.3-17 sikeres ápolói pilot szolgált (EFOP 2018). A projekt ékes bizonyítéka az ápolók által végzett prevenciós és gondozási feladatok hatékony működtetésére az ápolók által. Az 51 praxisközösség, és a 357 praxis által 2018-2021 közötti tesztadatok alapján elmondható, hogy az ápolók kiemelt eredményességgel végezték el a prevenciós feladatokat.

Megtörtént az egészségi állapotfelmérés disszeminációja (EÁF), a prevenciós rendelés feladatainak kidolgozása, a betegségkockázat – becslés azonosított kockázati tényezők alapján, az életmód tanácsadás, a betegedukáció, a krónikus gondozás és a rehabilitáció területeinek szakmai fejlesztése.

A szűrés eredményei kapcsán a további kliensutak a következők: 1, A kliens egészséges, 2, Életmód rizikófaktora van, betegség gyanúja nélkül, 3, Betegség gyanúja van, 4, Beteg, akut ellátás szükségével (EFOP 2018).

A szolgáltatások így a fő csoportok köré szerveződnek, amelyek a szűrővizsgálatokat követően tervezhetők. Az egészségesek számára egészségfejlesztő szolgáltatások, EFI, helyi programokkal kiegészítve. A rizikócsoportba tartozók számára egészségterv készítése és a módosítható rizikók csökkentése (például testsúlyrendezés, mozgás, lelki problémák rendezésének támogatása), illetve a nem módosítható rizikók kapcsán a rendszeres szűrés (például családi anamnézis miatti leterheltség). A krónikus betegek számára a gondozási terv elkészítése és folyamatos ellenőrzése, melyben a gyógyszeres terápia mellett megjelenik a nem gyógyszeres, életmód terápia is. Az alapellátási szereplők hatásköri listáihoz kapcsolódóan meghatározásra kerültek az egyes szakemberek által nyújtandó és nyújtható népegészségügyi szolgáltatások. Elkészült a projekt keretében az a hatásköri lista, amely primer- szekunder – tercier prevenciós feladatrendszerre vonatkozóan lebontotta az ápolói feladatrendszert tételesen is, és a kiterjesztett alapellátás háziorvosi hatásköri listájával is egyeztetésre került (EFOP 2018).

A kialakítandó szolgáltatás célja, hogy hozzájáruljon az alapellátás személyre szabott, prediktív, megelőző, részvételre építő, és az egyéni felelősségvállalást támogató irányba való átalakításához A megközelítés lényege a fókusz áthelyezése a betegségről az egészségre és az életminőségre azzal, hogy a betegség megjelenése előtt kerül meghatározásra a kialakulás kockázata, vagy a betegséget korai szakaszában detektáljuk, amikor a kezelés még lehetséges és kevésbé költséges, a kliens kockázati csoportja szerint tervezve meg az optimális intervenciókat és kezelést (EFOP 2018). A központi

elemként megjelenő személyre szabott ellátási terv figyelembe veszi a kliens fiziológiai státuszát, mentális státuszát, világképét, életmódbeli elvárásait, alkalmazkodási készségeit és társadalmi-gazdasági helyzetét, és számol az ellátórendszer helyi sajátosságaival is. Ezek együttesen teszik lehetővé olyan terv készítését, melyben számítani lehet a kliens együttműködésére, motivációjára, és amit képes is befogadni és megvalósítani. Az ellátás során a beteg adherencia növelésének legfontosabb eszköze a beteg életvitelének, értékrendjének és életkörülményeinek figyelembevétele. A személyre szabott ellátási terv végrehajtásában egyaránt részt vesznek a praxisközösségi szakemberek (például háziorvosok, ápolók, népegészségügyi szakemberek, dietetikusok, gyógytornászok, egészségpszichológusok, védőnők, egészségfelelősök) és a kliens is. (EFOP 2018).

A 2023-ban megjelent prevenciós rendelés szakmai irányelv szerint a praxisközösség háziorvosai által felügyelt prevenciós rendelésen a feladatokat a szakképzés során megszerzett kompetenciák alapján szakorvosoknak, vagy a képzési és kimeneti követelmények alapján felsőfokú végzettséggel rendelkező nem orvos egészségügyi szakembereknek kell ellátniuk. Az ápolás és betegellátás, illetve az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakok, valamint a kiterjesztett hatáskörű ápoló, egészségpszichológia, fizioterápia, komplex rehabilitáció, népegészségügyi, táplálkozástudományi mesterképzési szakok egyes (a képzési és kimeneti követelményeikben meghatározott) preventív szolgáltatásokkal kapcsolatban megfelelő kompetenciákat biztosítanak. Az ilyen képesítéssel rendelkező szakembereknek delegálhat – az irányelv 3-26 ajánlásaiban megfogalmazott – preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos feladatokat a rendelésért felelős (BM ESZK Egészségügyi szakmai irányelv; A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciós rendelésről 2023).

Hazai kutatások a kiterjesztett hatáskörű ápoló hatékony prevenciós feladatainak bizonyítására

Dolgos J. kiterjesztett hatáskörű ápoló kutatásának célja a kiterjesztett hatáskörű ápolók prevenciós hatékonyságának bizonyítása volt (Dolgos 2020).

Kutatásából kiderült, hogy amennyiben a páciens egyénre szabott, tudásszintjének és lehetőségeinek megfelelő oktatásban részesült, valamint ő maga is elkötelezett betegségének önmenedzselésére, úgy nemcsak szénhidrát-anyagcseréjük, hanem általános állapotuk, közérzetük is javul. A kutatás célja továbbá annak bizonyítása volt, hogy a javulás számokban is mérhető HgA1c

érték- és testsúly csökkenéssel jár. Dolgos ápolástudományi alkalmazott kvantitatív, a kutatási problémát tekintve feltáró, összehasonlító kutatást végzett 2019-2020 között a tokaji Dombi Sámuel Kistérségi Egészségközpontban és az Egészségfejlesztési Irodában. Mintája a fenti intézmény diabetológiai szakrendelésén a vizsgált időszakban legalább két alkalommal megjelent páciensekre fókuszált. Az Egészségközpontban működő MedMátrix medikai rendszerből legyűjtötte a fenti időszak között ellátott diabetológiai betegeket. Ez 381 fő volt. Közülük a feltételeknek-miszerint legalább két megjelenése legyen az adott időszakban- összesen 165 fő felelt meg. A legalább két megjelenés szükséges volt az értékeik alakulásának nyomon követéséhez. Ezt követően az EFI informatikai rendszeréből, az EFI mátrixból legyűjtötte azokat a klienseket, akik szintén a vizsgált időszakban megjelentek, s az egyéni diabetes tanácsadáson részt vettek. Excel táblázatba helyezte mindkét rendszerből a megjelenteket, így kialakult azon páciensek listája, akik a vizsgált időszakban diabetológiai szakrendelést követően legalább egy alkalommal megjelentek az EFI-ben egyéni diabetes tanácsadáson, majd diabetológiai kontrollon is jártak ezt követően. A 165 főből 44 ilyen kliens volt. Ők képezték a vizsgált páciensek első csoportját. A kontrollcsoport a vizsgálatban az a maradék 121 fő, akik soha nem jártak egyéni tanácsadáson. Dolgos eredményei közül kiemelendő, hogy az EFI-ben egyéni oktatáson megjelent páciensek körében nagyobb arányban történt HbA1c értékcsökkenés, mint a kontrollcsoport tagjai között. Míg az egyéni oktatáson részt vett 44 főből 36 esetben történt HbA1c csökkenés, addig a kontrollcsoportban a 121 főből csupán 44 esetben. Ez a csoportonkénti százalékos arányt tekintve szignifikáns különbséget mutat: míg az EFI-ben egyéni tanácsadáson részt vettek 82%-ánál volt megfigyelhető a HbA1c értékének csökkenése, addig a kontrollcsoportban ez csupán 36 - % volt.

Z-próba alkalmazását követően a kísérleti és kontrollcsoport között szignifikáns különbséget tapasztaltak ($z = 4.94$, $p < 0.001$) 5%-os hibahatár mellett a kísérleti csoport javára, azaz a HbA1c értékek csökkenése itt volt jelentősebb. E csoportban nagyobb százalékban fordult elő testsúlycsökkenés is, mint a kontrollcsoport tagjai között. Ismételten z-próbával szignifikáns különbséget mutattak ki a súlycsökkenés és súlynövekedés esetén ($z = 3.06$, $p = 0.002$ és $z = 2.36$, $p = 0.018$). A súlycsökkenés esetében a kísérleti csoport javára javult az eredmény, míg a súlynövekedést tekintve a kontrollcsoport ért el rosszabb eredményt. Igazolódott, hogy minél több alkalommal járt egyéni tanácsadáson a páciens, annál nagyobb százalékban javult a HbA1c értéke is.

A korrelációs koefficiens számítása során a 0,899063 érték markáns kapcsolatot, összefüggést bizonyított a vizsgált változók között (Dolgos 2020).

A diabetes komplex és jelentős betegségteherrel járó kórkép, amely a cukorbeteg számára mindennapos döntési helyzeteket igényel. Figyelembe véve a táplálkozás, a fizikai aktivitás és a gyógyszeres kezelés szempontjait szükséges, hogy a páciens számos önmenedzseléssel kapcsolatos készséggel rendelkezzen. Ezek elsajátítása oktatással, az edukáció folyamatos biztosításával történhet. Annak ellenére, hogy mindez közismert, a rendszeres oktatásban részesülő betegek száma sajnálatosan alacsony. A diabetesgondozás eszközei csak akkor használhatóak hatékonyan és optimálisan, ha a betegoktatás folyamata és a gondozás eredményességének folyamatos nyomon követése karöltve járnak.

A diabetesgondozás egyik fő célja az, hogy a cukorbeteget képessé tegye állapotának optimális szinten tartására, lehetőleg maximális életminőség mellett.

Ennek értelmében minden diabeteses egyén a gondozásáért felelős team tevékenységének aktív részesévé válhat, és kell, hogy azzá is váljék (Dolgos 2020). Ahhoz, hogy a saját kezelésében aktívan részt vehessen egy egészségügyi ismeretekkel nem, vagy alig rendelkező diabeteses, körültekintő és ismételt edukációra van szüksége. Abban, hogy mindez valóra válhasson, alapvetően a diabetesgondozást végző személyek a felelősek. Az edukáció hatékony, és adatokkal mérhető sikert hozhat a megfelelő együttműködés esetén. A kiterjesztett hatáskörű ápolók edukációba történő bevonásával nő a betegek elégedettsége, hiszen a kutatás igazolta, hogy a betegek bevonása saját betegségük kezelésébe számadatokkal is mérhető eredményekkel járt. Nemcsak elégedettségük, hanem egészségi állapotuk is javult, csökkent a testsúlyuk és a glikált hemoglobin százalékos értékük is. A megfelelő időben elvégzett edukáció hosszú távon hozzájárulna az egészségben eltöltött évek számának növeléséhez (Dolgos 2020).

Lánczíné kiterjesztett hatáskörű ápoló kutatásának célja a prevenció megerősítésére szolgált az alapellátás, járóbeteg szakellátás, az egészségfejlesztési irodák együttes munkájának összehangolása révén (Lánczíné 2022). Kutatási fókusza a minőségi betegellátás elérése volt, a szűréseken való részvétel ösztönzése, a prevenció orientáció fokozása, melyben hatékonyan segíthetik az orvosok munkáját az APN ápolók. Alkalmazott kvantitatív jellegű, összehasonlító, retrospektív kutatást végzett a fenti helyszínen, a felnőtt diabetológiai szakrendelésen megjelent 338 beteg

körében 2022-2023 között. A páciensek adatai alapján demográfiai és antropometriai háttereket vizsgált, összehasonlította az elhízással járó szövődményeket és a normál BMI-vel rendelkező páciensek betegségeit. Kiemelt eredmények tekintetében elmondható, hogy a kor előrehaladtával a túlsúlyos, elhízott lakosság körében egyre több társbetegség jelenik meg, ami súlyos terhet ró nemcsak az egyénre, hanem a társadalomra, gazdaságra is. Az elhízott páciensek társbetegségeinél hypertonia, cardiovasculáris, anyagcsere betegség, daganatos betegség, ízületi betegség, osteoporosis és pszichés következmények voltak a fókuszban. Vezető helyen áll a hypertonia, anyagcsere- és cardiovasculáris betegség.

A praxisközösségek, az EFI-k eredményességének mutatóit javíthatja a kiterjesztett hatáskörű ápolók alkalmazása, ahogy itt jelen esetben történik, akik megfelelő kompetencia birtokában képesek a krónikus betegek gondozására (Lánccziné 2022).

A kiterjesztett hatáskörű ápoló kutatása pedig rávilágított arra, hogy a diabetes mellitus betegség világszerte egyre gyakoribb, világszintű prevalenciája 10% körülire becsült, a hazai adatok ezt a mértéket meghaladó, 14%-os prevalenciát mutatnak (Nagy 2023).

A diabetes hazánkban jelenleg a harmadik leggyakoribb morbiditás, azonban a betegség előfordulásának növekvő üteme miatt hamarosan a második helyre kerülhet. Jelenleg több mint egymillió-egyszázezer felnőtt küzd ezzel a betegséggel. A betegség leginkább az idősödő társadalmak sajátja, azaz elsősorban az idősödéssel együtt járó folyamat. Leggyakoribb formájának jelentős rizikófaktora az elhízottság. A betegséget megelőző kórállapotokban szénhidrát-anyagcsere-zavarokkal találkozhatunk, melyek a legfrissebb kutatások szerint már ebben a megelőző állapotban szervi károsodásokat okozhatnak. A betegség praxisokban elterjedt gyakorisága miatt kiemelt fontosságú a magyar egészségügyi rendszerben új szereplőként megjelenő közösségi szakápolók alkalmazása.

Amennyiben kompetenciarendelt révén megvalósuló bővebb feladatkörrel, szakmakóddal rendelkezhetne, a háziorvosi rendszert jelentős munkatehertől szabadítaná meg, így az orvosi tudása orientálódhatna a magasabb szintű betegellátás felé (Nagy 2023).

Az APN képzés kiteljesedhetne, a végső haszonélvező lakosság pedig hasznosíthatná meglévő gyakorlati és elméleti képességeit és készségeit - mint például a betegcentrikusság, kiemelve a prevenciós lehetőségeket - végső

soron egy jobb össztársadalmi ellátottsági állapot és magasabb minőségű, könnyebb elérhetőségű ellátás jönne létre (Nagy 2023).

Mind a diabetes, mind a prediabetes tekintetében helytálló megoldásként szolgálhatna az APN-ek alkalmazása, hiszen a prevalencia adatok magukért beszélnek; számuk az évek előrehaladásával fokozatosan emelkedik. ~~a~~ jelenlegi (1 956 fő beteg/diabetológus szakorvos) leterheltségi helyzeten javíthatna a megyénként három főnyi APN ápoló, akár pilot projektek keretében alkalmazva is. Diabetológus szakvizsgával a hazai háziorvosok közül mindössze 107 fő rendelkezett a vizsgálat időpontjában, ez további indokolja a speciálisan képzett ápolók bevonását a preventív/gondozási alap- és többletszolgáltatásokba-(Nagy 2023).

Napjainkban már egyértelműen látszik, hogy az ellátórendszerbe kellenek olyan magasan képzett, elhivatott emberek, akik az orvosok munkájának egy részét át tudják vállalni, partnerként/segítségként jelennek meg az orvos mellett, a betegek elfogadják őket, és egy egészségesebb jövőkép kialakításában képesek szerepet vállalni (Nagy 2023).

Következtetések

Ma már nem találunk olyan nemzetközileg elismert klinikai irányelvet, amely ne utalna az ápolók szerepére akár a krónikus nem fertőző betegek, akár a prevenció, akár a sürgős ellátások vonatkozásában.

A fenti kutatások is alátámasztják azt, hogy a képzett ápolók azok, akik képesek a sajátkompetenciaszintjük szerint, megfelelő orvos-szakmai támogatás és szupervizió mellett biztonsággal ellátni a tömegeket érintő vagy nagy számban előforduló rutinfeladatokat a komplex egészségi állapot felméréstől a stabil állapotú krónikus betegek rendszeres ellenőrzéséig, vagy akár a sürgős helyzetekben biztosítani az alapvető egészségügyi ellátást.

Széles szakirodalma van annak, hogy a képzett ápolók által nyújtott egészségtanácsadás, betegoktatás, rendszeres gondozás és otthoni szakápolás csökkenti a hospitalizációk arányát (pl. szívelégtelen betegek, COPD betegek, IBD betegek, cukorbetegek, hipertóniás betegek esetén, daganatos betegek – stomagondozás stb.), és javítja a krónikus betegek állapotát meghatározó prognosztikus paramétereket (NNK 2020a, 2020c). Az erős, preventív szemléletű, definitív ellátást nyújtó alapellátás leginkább a megfelelő létszámú, képzett ápolói állománnyal, az irányításukra felkészített háziorvosokkal, és korszerű eszközökkel felszerelt, hosszabban elérhető, jól szervezett rendeléssel valósítható meg a jelenlegi ellátáshoz képest. Ez

egyúttal a kórházcentrikus magyar egészségügyi ellátórendszer struktúraváltásának is egyik legfontosabb feltétele (NNK 2020a, 2020c). A népegészségügyi kihívások hatékony megválaszolása érdekében a háziorvosok mellett dolgozó, jelenlegi, mintegy 7600 fős ápolói létszámot rövid- és középtávon átlagosan a duplájára lenne célszerű emelni, a munkaerő tudatos kompetencia–fejlesztésével párhuzamosan (Ujváriné és Becka 2007, Ujváriné, Tamásné és Becka 2008; Becka és Ujváriné 2007). Az eddigi praxisközösségi fejlesztések fontos tapasztalata az is, hogy a magyar lakosság egészségi állapotának javításához a gyógytornász, a dietetikus, a szakpszichológus és a népegészségügyi szakmák további jelentős hozzáadott értékkel bírnak (pl. EFOP-praxisközösségi koordinációs rendszer adatai, Praxisközösségi működéssel kapcsolatos adatok elemzése). Az ő jelenlétük akkor a leghatékonyabb, ha a háziorvosi-ápolói team megfelelő létszámmal bír, és megerősített- létszámban, bérben, tudásban és kompetenciában egyaránt. Lényeges az alapszolgáltatások megerősítése is a többletszolgáltatások kialakítása mellett (Galvács, Mongel és Dózsa 2022; Galvács és Balogh 2022). A rendszer átalakításának fókuszában az alapellátás feladat- és szolgáltatásrendszere van, melynek része a kiterjesztett alapellátás keretében végezhető személyre szabott népegészségügyi szolgáltatások meghatározása is (Ujváriné, Paulikné és munkatársai 2022; Paulikné 2022). További cél olyan gyakorlati útmutatók, kompetenciabővítő képzések/továbbképzések (licencek) kidolgozása az egyéni praxisokban, praxisközösségekben, csoportpraxisokban közreműködő szakdolgozók (ápolók) számára, melyek által az alapellátási működéshez szükséges szakmai kompetenciák és feladatok rendszerezve fognak felépülni, az esetmenedzsment és protokollfejlesztés erősítésével a népegészségügyi fókusz alapján.

Emellett szükséges az alapellátásában dolgozók, elsősorban az ápolók *népegészségügyi, preventív szemléletének formálása*, hogy felkészítést kapjanak a népegészségügyi szemlélet kialakítására, a prevenciós szinteknek és szolgáltatásoknak megfelelő feladatok szerinti munkavégzésre, *az ápolói hatáskörök, kompetenciák végzettségi szinteknek megfelelő megjelenítésére*, a krónikus nem fertőző betegségek minőségi ellátása érdekében (Ujváriné, Oláh és munkatársai 2019a; Oláh, Dózsa és munkatársai 2022). Az egyetemi képzésekben az egyetemi végzettséggel rendelkező (MSc, APN ápolók) kiterjesztett hatáskörű ápolók képesek bizonyos, jelenleg orvosok által végzett tevékenységeket, különösen az alapellátás és a krónikus betegellátás egyes területein, az orvosokkal megegyező szinten abban az esetben elvégezni, ha

ehhez a megfelelő képzést, és az orvosok részéről is elengedhetetlen szakmai és kollegiális támogatást megkapják. Az ápolói humánerőforrás átstruktúrálásának célja ezért az új szakemberek új munkakörének, helyének optimális kialakítása a bennük lévő többletpotenciál kiaknázása a multidiszciplináris team-szemlélet elterjesztése (Olajosné, Ujváriné és munkatársai 2019b).

További cél emellett a BSc ápolók széles körű bevonása, többletkompetenciákkal való felruházásának támogatása, beillesztésük a jövő lakóhelyközeli ellátásába (Ujváriné 2021a, 2021b; Ujváriné, Zrinyi és munkatársai 2011). Lényeges kérdés az alapellátás és többi résztvevőjének a pontos feladat-meghatározása (körzeti-közösségi ápoló, házi segítségnyújtó ápoló, otthoni szakápolás) a többletszolgáltatói team munka szereplőinek, valamint az egyéb társszakmákkal (védőnő, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, egészségfejlesztő stb.) való együttműködés pontos definiálása, a jelenlegi átfedések csökkentése a költséghatékonyság növelése érdekében. Fontos kiemelni azt a hazai sajátosságból adódó tényt, hogy a 0-18 éves korú lakosság megelőző szolgáltatásaiért elsősorban a védőnő, míg a 18 évesnél idősebbek esetén az ápoló felel. Így érhető el a népegészségügyi célú szervezett szűrővizsgálatok körének bővítése, a céllakosság szűrővizsgálatokon való részvételi arányának növelése, a népegészségügy korszerűsítése a szolgáltatások esélyegyenlő hozzáférése kiemelten a hátrányos helyzetű térségekben. Ezáltal a krónikus gondozás minősége javul, a magyar lakosság átlagéletkora pedig növekedni tud (Oláh, Fullér és munkatársai 2019).

A rendszeres gondozási tevékenységgel és a páciens egyénre szabott, tudásszintjének megfelelő oktatásával az általános állapot, a betegség kimenetel és a terápiás adherencia javul. Ebben a folyamatban fontos tényező a betegek elköteleződése betegségük önmenedzselésére. (Ujváriné 2022). A minőségibb tudással rendelkező betegeknek nagyobb a terápiahűsége és az egészség tudatossága. Ezért a telemedicinális lehetőségek kihasználása révén a beteg önmenedzsmentjének erősítése is lényeges ápolói feladat. *Az alapellátás átértelmezésében tehát nélkülözhetetlen a speciálisan képzett szakdolgozók (BSc, MSc) diplomás ápolók szerepének növelése. A korszerű alapellátás önálló szakdolgozói munkára is épül, ilyen pl. az önálló „ápoló-rendelés" / prevenciós rendelés a praxisközösségekben, prevenciós ápolók alkalmazása által* (NNK 2020a).

Nem utolsósorban, de annál nagyobb jelentőséggel bír a megnövekedett alapellátási terhek, melyek miatt is szükséges az ápolás humánerőforrás- és kompetenciafejlesztése az alapellátásban. Ezt igazolják a megnövekedett adminisztrációs terhek, az oltásszervezési és telemedicinális feladatok egyaránt. Szükséges lenne (BSc, MSc) ápolók alkalmazása és külön finanszírozása a szóló praxisokban és a praxisközösségekben egyaránt. *Ehhez létszámemelésre, megfelelő bérre és kompetenciára van szükség. Megfelelő motivációs tényezők biztosítása mellett az* APN Magyarországon a kialakulóban lévő praxisközösségek egyik kulcsszereplője lehet, aki a népegészségügyi és a közegészségügyi feladatokban egyaránt magas szintű szakértelemmel bír, így hozzáértő támogatást nyújt a lakosságnak (Nagy 2023).

„Egy jó Ápolóval együtt dolgozni az orvoslás egyik legnagyobb öröme."

Oscar Leonard, MD

Felhasznált irodalom

1. 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.
2. American Association of Colleges of Nursing (AACN). 2020-2021(2021): Enrollment and Graduations in Baccalaureate and Graduate Programs in Nursing. Washington, DC: AACN.
3. Balogh Zoltán (1998): A brit alapellátási rendszer ápolói nézőpontból. In.: Balogh Zoltán; Dénes Margit (szerk.) Alapellátás szöveggyűjtemény, Budapest: Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar
4. Balogh Zoltán (2008): Az ápolóképzés fejlesztése a közösségi ápolás területén, Doktori értekezés, Budapest: Semmelweis Egyetem, Patológiai Orvostudományok Doktori Iskola
5. Becka Éva; Ujváriné Siker Adrienn (szerk). (2007): A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban. OALI könyvek Tájékoztató füzet I. OALI Könyvek. Budapest: Országos Alapellátási Intézet
6. Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv. 2023. A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciós rendelésről
7. Dolgos József (2020): A tokaji Egészségfejlesztési Iroda (EFI) működésének hatékonyság vizsgálata a diabeteses betegek egészségi állapotának változása szempontjából, DEETK Ápolási és Szülésznő Tanszék, szakdolgozat– Kiterjesztett hatáskörű ápoló mesterszak.
8. Dózsa Katalin; Kalmár István; Kántor Zoltán; Lukácsovics Adrienn; Tóth Melanie; Jób Viktória; Szabó Edit; Gutási Éva; Kiss Bálint (2020): Az Alapellátás Módszertani Fejlesztési Projektjének tevékenysége, céljai 2020-ban. CSAKOSZ XIX. Kongresszus, Győr
9. EFOP.1.8.0-VEKOP-17-2017-00001. (2018): Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése
10. Fehér Enikő (2020): Az APN–egészségügyi ellátó rendszerekben való megjelenésének megítélése az alapellátásban, Szakdolgozat, Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

11. Galvács Henrietta; Balogh Zoltán (2022): A körzeti ápolás, mint perspektíva a Semmelweis Egyetem ápolóhallgatói körében. Nővér, 35. évf. 4sz. 3-10.
12. Galvács Henrietta; Mongel Istvánné; Dózsa Katalin (2022): A prevenciós rendelés jelentősége a kardiovaszkuláris megbetegedések szűrésében és gondozásában. Cardiologia Hungarica, 52. évf. 421-427.
13. Hirdi Henriett; Lukács Miklós; Szekeresné Izsák Margit; Balogh Zoltán (2019): Egészségügyi alapellátási szakemberek tanácskoztak Pécsett – Beszámoló a III. Országos Alapellátási Konferenciáról, Nővér, 32 évf. 3.sz. :39-40.
14. Hollinhurst S.; Horrocks S.; Anderson E.; Salisbury C. (2006): Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. Br J Gen Pract 56. évf. 8. sz.: 530–535.
15. International Council of Nurses. (2020): Guidelines on advanced practice nursing
16. Kishegyi Júlia; Makara Péter (szerk). (2004): Az egészségfejlesztés alapelvei - Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet
17. KSH (2023): Háziorvosok és házi gyermekorvosok száma
18. Lánczíné Balogh Erika (2022): APN szerepe az elhízás és társbetegségek prevenciójában, elhízás jelentősége és kihatása a társadalomra, DEETK Ápolási és Szülésznő Tanszék, szakdolgozat – Kiterjesztett hatáskörű ápoló mesterszak.
19. Nagy Anita (2023): Az APN szerepe a diabetes prevenciójában a praxisközösségi team-en belül, a diabetes jelentősége és hatása a társadalomra, DEETK Ápolási és Szülésznő Tanszék, szakdolgozat – Kiterjesztett hatáskörű ápoló mesterszak
20. Nemzeti Népegészségügyi Központ (közread.) (2020.a): Fejlesztési terv az egészségügyi szakdolgozók alapellátási és népegészségügyi ismereteinek, kompetenciáinak bővítésére. Budapest: Akadémiai Kiadó
21. Nemzeti Népegészségügyi Központ. (2020b). Elemzés az alapellátásban dolgozó ápolók képzésének, kompetenciáinak nemzetközi gyakorlatáról. Budapest: Akadémiai Kiadó

22. Nemzeti Népegészségügyi Központ (közread.) (2020.c): Koncepció az alapellátási kompetenciabővítő képzésekre. Budapest: Akadémiai Kiadó
23. Nemzeti Népegészségügyi Központ (közread.) Elemzés az alapellátásban dolgozó ápolók képzésének, kompetenciáinak nemzetközi gyakorlatáról. Budapest: Nemzeti Népegészségügyi Központ, Akadémiai Kiadó
24. Oláh András; Fullér Noémi; Máté Orsolya; Zrínyi Miklós; Vájer Péter; Karamánné Pakai Annamária és mtársai. (2019): Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire. Egészség-Akadémia; 10. Supplement, 14-20.
25. Oláh Ilona; Dózsa Katalin; Boldog Zsuzsanna; Rosta László; Kalmár István; Mezei Fruzsina; Kempler Péter (2022): Diabétesz gondozási program a háziorvosi gyakorlatban. A cukorbetegek klinikai irányelven alapuló krónikus gondozási programjának bemutatása. Diabetologia Hungarica, 30. évf. 4.sz. 241-255.
26. Olajosné Szelkó Katalin; Ujváriné Siket Adrienn, Sárváry Attila, Zrínyi Miklós (2019b). Dohányzási szokások és leszokásra való hajlandóságot előre jelző tényezők egészségügyi dolgozók körében. Nővér, 32. évf. 2.sz. 11-15.
27. Paulikné Varga Barbara (2022): A háziorvosi professzió módszertani vizsgálata. In: Rusinné Fedor Anita (szerk) Tudomány: iránytű az élhető jövőhöz, Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, 101-117.
28. Puska P.; Toomilehto J.; Nissenen A.; Vartianen E. (1995): The North Karélia project, 20 year results and experiences. Helsinki, Eija Kling Yliopistopaino
29. Sándor János (2020): A felnőtteket ellátó háziorvosi alapellátás preventív szolgáltatásainak értékelése Magyarországon. MTA Doktori értekezés, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet
30. Schönenberger N.; Sottas B.; Merlo C.; Essig S.; Gysin S. (2020): Patients' experiences with the advanced practice nurse role in Swiss family practices: a qualitative study. BMC Nursing; 19. évf. 90. sz.
31. Szabadfalvi András; Varga Ferenc (1991): Finnország egészségügye. A Magyar Kórházszövetség kiadványa
32. Ujváriné Siket Adrienn; Becka Éva (2007) Az ápolók jelenlegi feladatai és jövőbeni lehetőségei a kistérségi ellátásban. Medicus Universalis 4. évf. 40. sz.143-147.

33. Ujváriné Siket Adrienn; Oláh András; Tulkán Ibolya; Karamánné Pakai Annamária; Zrínyi Miklós (2019a): Az APN ápoló szerepe az egyes kliensutakban a praxisközösségi team-ben. Népegészségügy, 97. évf. 301. sz.
34. Ujváriné Siket Adrienn; Tamásné Máté Éva; Becka Éva (2008): Prevenciós ápolóképzés az alapellátásban, prevenciós munka a praxis háziorvosi körzetben. Medicus Universalis, 41. évf.3. sz. 113-121
35. Ujváriné Siket Adrienn; Zrinyi Miklós; Tóth Helga; Zékányné RI, Szögediimár Ilona, Betlehem József (2011): The role of faculty and clinical practice in predicting why nurses graduate in Hungary. Nurse Education Today, 31. évf. 94-101.
36. Ujváriné Siket Adrienn (szerk), (2021a): Community Health Nursing. Debrecen: University of Debrecen Faculty of Health
37. Ujváriné Siket Adrienn (szerk), (2021b): The Basics of Health Counselling for Nursing Studies. Debrecen: University of Debrecen Faculty of Health
38. Ujváriné Siket Adrienn; Farkas Nóra (2014): Közösségi ápolás, Nyíregyháza: Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
39. Ujváriné Siket Adrienn A (szerk), (2022): Tartós ápolással és gondozással kapcsolatos problémák ápolói feladatai, Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
40. Ujváriné Siket Adrienn; Paulikné Varga Barbara; Szőllősi Anna; Zrínyi Miklós (2022): Experiences Concerning the Implementation of the Advance Practice Nurse (APN) in Hungary. In: Szerk.: Semanisinová M. Nursing of the 21st Century in the Process of Changes 2022: Book of Abstracts. Nitra: Constantine the Philosopher University in Nitra
41. World Health Organization (2016): Global strategy on human resources for health: workforce
42. World Health Organization (2020). Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020.
43. World Health Organization in the European Region. (2020): The Ljubljana Charter of reforming health care.

Internetes forrás:

1. APN nemzetközi honlap: https://internationalapn.org/ (Letöltés ideje: 2024.11.11.)

A cyberbullying jelensége, megelőzése és kezelése

Beri Nikolett[1], R. Fedor Anita[2]

[1]hallgató, Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.
[2]általános és tudományos dékánhelyettes, intézetigazgató, egyetemi tanár, DE ETK Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., ORCID: 0000-0002-7837-7006

INFO

Beri Nikolett
beri.nikolett@etk.unideb.hu

Keywords
online harassment,
digital ethics,
prevention,
mental well-being

ABSTRACT

Abstract
Cyberbullying is a form of online harassment that occurs anonymously on internet platforms and can significantly harm the mental and emotional well-being of victims. Various school, parental, and educational interventions can be applied for prevention, such as digital ethics education, clarification of social media rules, and training to recognize online harassment. The most important preventive measures include raising awareness, training students and parents, monitoring digital tools, and providing psychological support for victims. Developing digital competencies and fostering cooperation between schools and families are key to protecting young people. In this paper, I will provide a literature review.

Kulcsszavak
online zaklatás,
digitális etika,
megelőzés,
mentális jólét

Absztrakt
A cyberbullying olyan online zaklatás, amely az internetes platformokon anonim módon történik, és súlyosan károsíthatja az áldozatok mentális és érzelmi állapotát. A megelőzés érdekében számos iskolai, szülői és pedagógiai beavatkozás alkalmazható, mint például digitális etikai oktatás, közösségi médiával kapcsolatos szabályok tisztázása, valamint az online zaklatás felismerésére szolgáló képzések. A legfontosabb megelőzési intézkedések közé tartozik a tudatosság növelése, a diákok és szülők képzése, a digitális eszközök felügyelete, applikációk használata és pszichológiai támogatás biztosítása az áldozatok számára. A digitális kompetenciák fejlesztése és az iskolák, családok közötti együttműködés szintén kulcsfontosságú a fiatalok védelmében. Jelen tanulmányomban szakirodalmi áttekintésre kerül sor.

Bevezetés

A cyberbullying, mint jelenség, a digitális tér gyors fejlődésével és a közösségi média platformok térhódításával egyre nagyobb társadalmi problémává vált, amely különösen a fiatalok körében jelentkezik. A hagyományos zaklatás formáival ellentétben az online zaklatás gyakran rejtett, anonim módon zajlik, amely lehetőséget biztosít az elkövetők számára, hogy következmények nélkül elérjék áldozataikat. Az internet és a közösségi média sajátos dinamizmusa lehetővé teszi, hogy a zaklatás ne korlátozódjon az iskolai órákra vagy a fizikai térre, hanem folytatódjon a nap 24 órájában, ami súlyosan veszélyezteti az áldozatok mentális és érzelmi jólétét. Az internet nem csupán információmegosztásra, hanem személyes kapcsolatok kiépítésére is szolgál, ugyanakkor, ha nem megfelelően használják, könnyen válhat áldozatává annak, aki nem tud megfelelő eszközökkel védekezni a digitális zaklatással szemben (Nixon 2014).

Az online zaklatás hatásai különösen azok számára lehetnek súlyosak, akik napi szinten érintettek benne. A fiatalok számára az iskolai környezet, a közösségi média és az online interakciók jelentős része a társas kapcsolatok egyik meghatározó területe, ilyen típusú zaklatás hatásai pedig nemcsak közvetlenül, hanem hosszú távon is éreztetik hatásukat, mivel az áldozatok gyakran alacsony önértékeléssel, szorongással, depresszióval és gyakran szociális izolációval is küzdenek (Hinduja és Patchin 2020). A digitális világban való bántalmazás különösen súlyos, mivel a hagyományos értelemben vett iskolai környezetből való elvonulás vagy kikapcsolódás sem jelent megoldást, hiszen az online tér folyamatos jelenléte azt jelenti, hogy az áldozat soha nem szabadulhat meg a zaklatástól, ami pszichológiai terhet ró a személyiség fejlődésére és mentális egészségére is, ezáltal későbbi sikerességükre is. A fiatalok számára a társadalmi elvárások, a digitális térben való folyamatos jelenlét és a nyilvános vélemények hatása különösen erős lehet életszakaszukból adódóan is, amely súlyosan befolyásolhatja akár a személyes identitásuk kialakulását (Prensky 2001).

Megelőzés az iskolában-IKT eszközök

A megelőzés és kezelés érdekében alkalmazott iskolai és társadalmi beavatkozásoknak központi szerepe van a fiatalok digitális kompetenciájának fejlesztésében. A megfelelő oktatás és tudatosság, amelyek segítenek a diákoknak felismerni a cyberbullying különböző formáit, alapvető

fontosságúak ahhoz, hogy megfelelő válaszokat és viselkedésmintákat tudjanak kialakítani. Az iskolák, mint szocializációs színtér, a fiatalok társadalmi és intellektuális fejlődésének központjai, kulcsszerepet játszanak a megelőzésben, hiszen itt alakulhatnak ki azok az értékek és szabályok is, amelyek segítik a diákokat abban, hogy felelős módon használják az internetet. A digitális etikai oktatás nemcsak az online zaklatás felismerésére és elkerülésére összpontosít, hanem a diákok önértékelésének és szociális kompetenciáinak fejlesztésére is. A pedagógusok feladata, hogy az iskolai közösségekben olyan biztonságos és támogató környezetet alakítsanak ki, amely segíti a diákokat abban, hogy megelőzzék a cyberbullying előfordulását, és lehetőséget biztosítanak arra, hogy szükség esetén az áldozatok megfelelő segítséget kapjanak (Nixon 2014).

Felelősségvállalás

A szülői szerepvállalás szintén elengedhetetlen a digitális zaklatás elleni küzdelemben. A családoknak lehetőségük van arra, hogy támogassák gyermekeiket a digitális világ hatékony és biztonságos használatában, miközben segítenek felismerni a cyberbullying jeleit és megelőzni annak előfordulását. A szülők tudatossága, valamint a közvetlen és nyílt párbeszéd a gyermekekkel hozzájárulhat a zaklatás korai felismeréséhez és kezeléséhez. Az iskolák és a családok közötti együttműködés ugyancsak alapvető ahhoz, hogy a diákok biztonságban érezzék magukat, és hogy szükség esetén megfelelő pszichológiai vagy adott esetben akár jogi támogatást kapjanak. A családok részéről történő figyelem és a szülői felügyelet segíthet abban, hogy a diákok egy olyan digitális környezetben navigáljanak, amelyben kevésbé valószínű, hogy zaklatás áldozataivá válnak (Nixon 2014).

A *cyber bystanders*, azaz a digitális szemlélők szerepe a cyberbullying kontextusában szintén kulcsfontosságú tényező, mivel azok a személyek, akik nem közvetlenül az áldozatok vagy elkövetők, hanem figyelemmel kísérik az online bántalmazás eseményeit, szintén jelentős hatással bírhatnak a zaklatás kimenetelére. Ugyanis a cyber bystanderek nemcsak passzívan jelen lehetnek az események során, hanem aktívan befolyásolhatják a zaklatás dinamikáját is, akár támogathatják az elkövetőt, akár az áldozatot segíthetik (Jeyagobi, Munusamy és munkatársai 2022).

A digitális szemlélők hatása tehát komplex, és számos tényezőtől függ. Az egyik legfontosabb, hogy a cyber bystanderek hajlandóak-e közbelépni a zaklatás megszüntetésére, vagy sem. A kutatások azt mutatják, hogy sokan

inkább elkerülik a beavatkozást, mivel nem akarják magukat is konfliktusba keverni vagy attól félnek, hogy saját maguk is céltáblává válhatnak az online közösségben. Azonban a szemlélők passzivitása ugyancsak hozzájárulhat ahhoz, hogy a zaklatás tovább folytatódjon vagy akár durvábbá váljon, mivel így az elkövetők gyakran úgy érzik, hogy nincsenek következmények a viselkedésükre, ha senki nem reagál rá, senki nem ellenzi (Jeyagobi, Munusamy és munkatársai 2022).

Egyes kutatások szerint így tehát a digitális szemlélők az elkövetők viselkedésének megerősítői is lehetnek. Tehát ha cyberbullying során mások is megjegyzésekkel, gúnyolódással vagy támogatással hozzájárulnak a zaklatáshoz, azzal legitimizálják az elkövető viselkedését és hozzájárulnak annak fokozódásához. Másrészt azok a szemlélők viszont, akik képesek segíteni az áldozatot, pozitív hatást gyakorolhatnak arra, hogy megakadályozzák a zaklatás további erősödését. Az ilyen típusú beavatkozás lehet akár az, hogy szót emelnek a bántalmazás ellen, vagy figyelmeztetik a zaklatót a viselkedésének következményeire (Jeyagobi, Munusamy és munkatársai 2022).

A cyber bystanderek szerepe tehát alapvetően abban rejlik, hogy a közösség tagjai miként reagálnak a zaklatásra, és hogy képesek-e felelősséget vállalni mások védelme érdekében. A szakirodalom hangsúlyozza, hogy a digitális szemlélők viselkedésének megértése és alakítása elengedhetetlen a cyberbullying elleni küzdelemben. A szemlélők tudatosítással történő felkészítése, hogy felismerjék, mikor és hogyan léphetnek közbe, fontos lépés lehet a probléma kezelésében. A beavatkozásra való felkészítéshez szükséges az oktatás, amely a digitalizált világ etikai kérdéseire is rávilágít, segíthet abban, hogy a cyber bystanderek aktívan támogassák az áldozatokat és hozzájáruljanak a cyberbullying megelőzéséhez (Jeyagobi, Munusamy és munkatársai 2022).

A digitális közösségek szereplőinek felelőssége így nemcsak abban áll, hogy felismerjék a cyberbullyingot, hanem abban is, hogy képesek legyenek megfelelő reakciókkal csökkenteni annak hatásait. Az iskolák és pedagógusok, vagy akár a család feladata, hogy a diákokat, fiatalokat felkészítsék arra, hogy ne csupán szemlélőként vegyenek részt az online közösségi életben, hanem felelős tagjai legyenek azoknak, akik elősegítik a tiszteletteljes és támogató digitális környezet kialakítását (Monori 2016).

A társadalmi szinten való összefogás nélkül azonban nem valósulhat meg a cyberbullying elleni küzdelem teljes mértékben. A közösségi média

platformok, internetszolgáltatók és online közösségek felelőssége is, hogy olyan szabályozásokat, eszközöket és mechanizmusokat biztosítsanak, amelyek lehetővé teszik az online zaklatás gyors és hatékony felismerését és kezelését. Az internetes szolgáltatók szerepe különösen fontos, mivel ők biztosítják a felhasználók védelmét a digitális zaklatással szemben, és lehetőséget kell biztosítaniuk az áldozatok számára, hogy gyorsan és hatékonyan kérhessenek segítséget. Az online közösségeknek is aktívan részt kell venniük a cyberbullying megelőzésében, biztosítva, hogy a zaklatás ellen megfelelő szankciókat alkalmazzanak, miközben biztosítják a bántalmazottak számára a szükséges pszichológiai és jogi támogatást. (Monori 2016)

Ez a tanulmány a cyberbullying komplex jelenségét és annak hatásait vizsgálja, miközben áttekinti az aktuális pedagógiai és pszichológiai kutatásokat, amelyek a megelőzést és a kezelés hatékonyságát segíthetik. A cél nemcsak annak a bemutatása, hogy a cyberbullying milyen káros hatásokkal járhat a fiatalok életére, hanem az is, hogy megértsük, hogyan lehet az iskolák, családok és a társadalom más szereplői közösen hatékony megoldásokat találni ennek a problémának a kezelésére. A tanulmány során kitérünk arra is, hogy a digitális kompetenciák fejlesztésével, az iskolai programokkal és a szülői közreműködéssel hogyan alakíthatunk ki egy olyan biztonságos környezetet, amely megelőzi a cyberbullying előfordulását, és biztosítja a megfelelő támogatást azok számára, akik már áldozatává váltak (Jeyagobi, Munusamy és munkatársai 2022).

Fogalmi és elméleti háttér részletesen

A cyberbullying tehát az internetes és digitális eszközök használatával történő, szándékos és ismétlődő zaklatás egyik formája. Az áldozatok, általában fiatalok, az online platformokon, például közösségi médiafelületeken, chatalkalmazásokban és egyéb internetes tereken keresztül tapasztalhatják meg a zaklatást. E jelenség különbözik a hagyományos zaklatástól abban, hogy az elkövetők és az áldozatok akár földrajzilag távol lehetnek egymástól, ami új kihívásokat jelent a beavatkozás és a prevenció szempontjából. A cyberbullying az online tér gyors fejlődése és a közösségi média elterjedése következtében egyre nagyobb problémát jelent a mai társadalomban, különösen a gyermekek és serdülők körében (Kurucz 2012).

A cyberbullying fogalma a "cyber" (digitális) és "bullying" (zaklatás) szavak összekapcsolásából származik, és arra utal, hogy a zaklatás digitális platformokon, például közösségi médiában, e-mailekben, szöveges

üzenetekben és egyéb online kommunikációs eszközökön keresztül történik. A zaklatás jellemzője, hogy szándékosan és ismétlődően történik, amelynek célja az áldozat megalázása, fenyegetése vagy pszichológiai károsítása. A cyberbullying különbözik a hagyományos zaklatástól, mivel az elkövetők gyakran anonimak, az áldozatokat viszont bárhol és bármikor elérhetik az interneten keresztül, így a zaklatás nem korlátozódik csak az iskolai vagy közösségi helyekre (Kurucz 2012).

A cyberbullying legfőbb jellemzői között említhetőek a következők:

1. Anonimitás: Az elkövetők gyakran rejtett személyazonossággal működnek, ami megnehezíti a beazonosítást és a jogi felelősségre vonást.
2. Széles körű elérhetőség: Az internet lehetővé teszi, hogy az áldozat folyamatosan ki legyen téve a zaklatásnak, mivel az online térben a zaklatók elérhetik őket bárhol és bármikor.
3. Káros hatások: A cyberbullying pszichológiai és érzelmi káros hatásokat gyakorolhat az áldozatokra, mint például szorongás, depresszió, önértékelési problémák, és akár öngyilkossági gondolatok is kialakulhatnak (Hinduja és Patchin, 2020).

A cyberbullying elméleti hátterét több különböző megközelítés segíti megérteni, melyek az interperszonális kapcsolatok, a szociális tanulás és a digitális környezet szerepét is figyelembe veszik.

1. Szociális tanulás elmélete: Bandura (1977) szociális tanulás elmélete szerint az egyének a környezetükből tanulnak, és azokat a viselkedési mintákat másolják, amelyek jutalommal járnak. A cyberbullying esetében az elkövetők online környezetben tanulhatják meg a zaklatást, amikor azt látják, hogy mások visszaélnek a digitális eszközökkel, és nem szankcionálják őket, vagy éppen megerősítést nyernek viselkedésükért.
2. Önszabályozás és önkontroll elmélete: Az önszabályozás elmélete (Baumeister, Vohs és munkatársai 2007) szerint az emberek hajlamosak arra, hogy a külső impulzusoknak engedve kontrollálatlanul reagáljanak, ami a digitális világban könnyebbé teszi a zaklatást. A cyberbullying során a másokkal való szembeni empátia csökkenése és az online anonimitás elősegítheti az önszabályozás hiányát, így a zaklatók könnyen átléphetik a társadalmi normákat.
3. Pszichológiai megközelítések: A cyberbullying áldozatai gyakran mentálisan és érzelmileg is szenvednek. A pszichológiai elméletek az

áldozatok érzéseire, mint a megalázottság, a szégyen és az elhagyatottság, valamint a közvetlen káros hatásokra (például depresszió, szorongás, alacsony önértékelés) koncentrálnak. Az ilyen pszichológiai hatások hosszú távon is súlyos következményekkel járhatnak az egyén fejlődésére. (Nixon 2014).

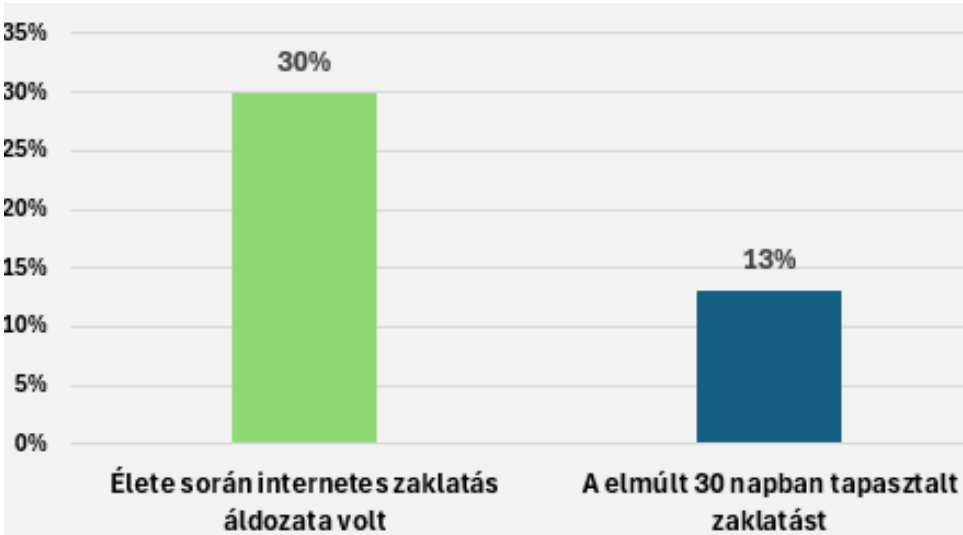
A kiberzaklatás hatásai különösen nagy jelentőséggel bírnak, mivel az online zaklatás gyakran hosszabb ideig fennállhat, mint a hagyományos zaklatás. A pszichológiai hatások közé tartozik a szorongás, depresszió, alvászavarok, illetve a szociális izoláció. Az áldozatok gyakran teljesítenek rosszabban a tanulmányaikban és az iskolai környezetben, mivel a zaklatás megnehezíti a koncentrációt és a társas kapcsolatok kialakítását. Ezen kívül sérült önértékeléshez vezethet, ami hosszú távon személyiségfejlődési problémákat okozhat. (Hinduja és Patchin 2020).

A társadalmi és szociális hatások is jelentősek, hiszen a cyberbullying nemcsak az áldozatra van hatással, hanem az egész közösségre. A digitális zaklatás elősegítheti a bizalom elvesztését az online térben, illetve a közösségi normák és a digitális etikett, azaz „netikett" romlásához vezethet. A társadalmi közegek, például iskolai közösségek, könnyen megoszlanak, és az áldozat stigmatizálódása mellett a szemlélők és a csoportok is passzívak maradhatnak, ami tovább fokozza az áldozat elszigetelődését.

Online gyűlölködés és zaklatás

A hagyományos zaklatás és az internetes zaklatás összefonódása is figyelemre méltó, mivel akiket az iskolában zaklatnak, azok gyakran online is célponttá válnak (Kowalski, Giumetti és munkatársai 2014). Ezt a típusú zaklatást számos kutatás vizsgálta már az Egyesült Államokban az elmúlt évtizedekben; 2002 óta több mint 35 000 általános és középiskolás diák válaszait elemezték tizenhat különböző tanulmány keretében. Tizenhárom tanulmány véletlenszerű minták alapján készült, így az eredmények megbízhatósága és érvényessége valószínűbb. Ezen tanulmányok alapján a tinédzserek körülbelül 30%-a számolt be arról, hogy élete során internetes zaklatás áldozata volt, míg 13%-uk az elmúlt 30 napban tapasztalt zaklatást (Anti-Defamation League 2021).

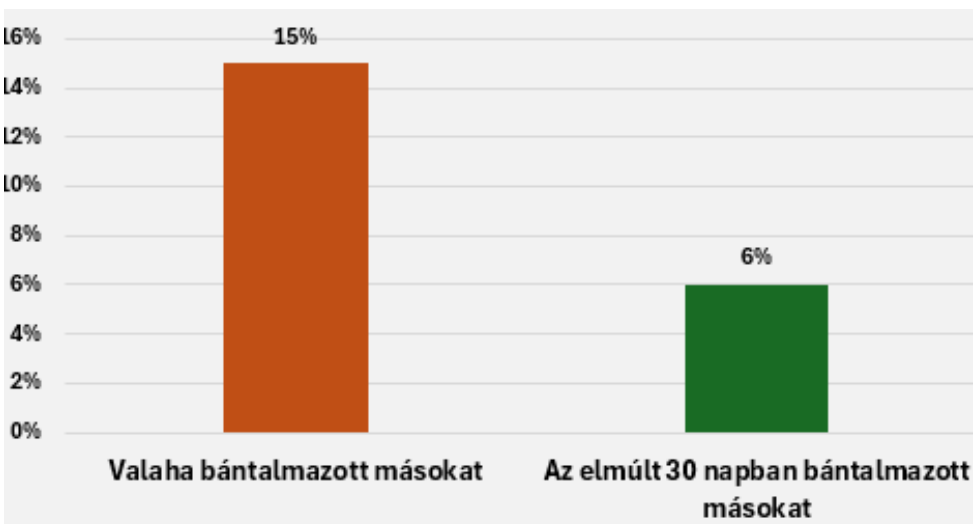
1. ábra: Áldozatok arányának alakulása az Egyesült Államokban 2002 óta



Forrás: Saját szerkesztés, Online Hate and Harassment- The American Experience 2021-es kutatás alapján

A kiberbántalmazás elkövetői között is hasonló arányokat figyelhettünk meg: 15%-uk elismerte, hogy valaha bántalmazott másokat, míg 6% az utóbbi 30 napban bántalmazott másokat (Cloudwards 2024).

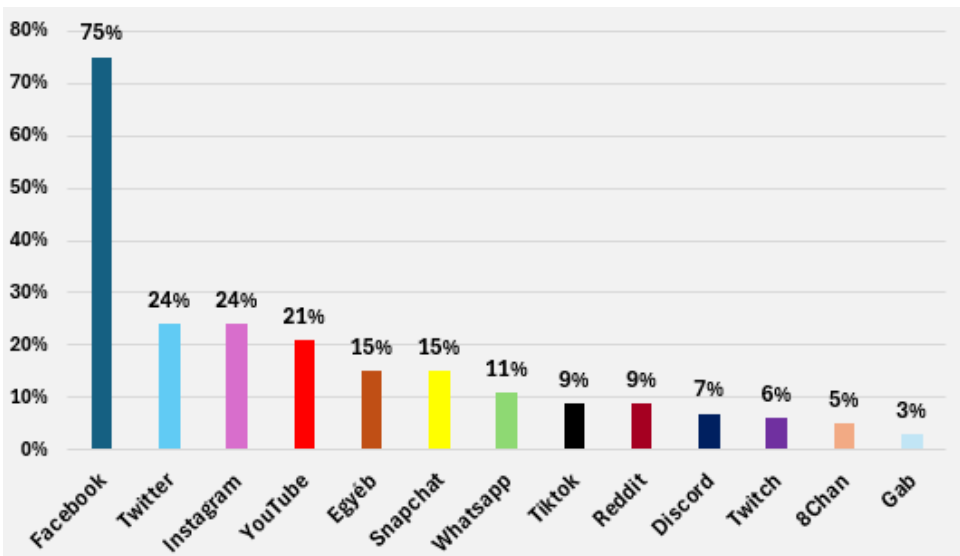
2. ábra: Áldozatok arányának alakulása az Egyesült Államokban



Forrás: Saját szerkesztés, Online Hate and Harassment- The American Experience 2021-es kutatás alapján

A zaklatás ezen formája azért is különösen veszélyes, mert az elkövetők gyakran anonimak maradnak, így kevésbé vonhatóak felelősségre, emellett a zaklatás az áldozatok számára folyamatos stresszt okozhat, hiszen az online térben szinte bárki, bármikor elérheti őket.
Ez a fajta zaklatás nem korlátozódik az iskolai vagy munkahelyi közegre, független attól, hogy az áldozat éppen hol tartózkodik (Cloudwards 2024).
Felmérték a különböző online tereken történő kiberzaklatás gyakoriságát, hogy megállapítsák, melyik felületeken vannak leginkább kitéve a fiatalok az online térben történő zaklatásnak. A platformokat tekintve a Facebook az, amit a kutatásban résztvevő fiatalok a leggyakrabban használnak, legkönnyebben elérnek, így ennek megfelelően ott is történik a legtöbb zaklatás (Anti-Defamation League 2021).

3. ábra: Zaklatás gyakorisága különböző platformokon



Forrás: Saját szerkesztés, Online Hate and Harassment- The American Experience 2021-es kutatás alapján

Bár Magyarországon nem mindegyik online felület népszerű és szerepel a köztudatban a felsoroltak közül, de az arányokból megállapíthatjuk, hogy a Facebook egyértelműen az élen jár a zaklatásnak teret adó platformokat tekintve.

Az online zaklatás problémája nemcsak a szülők és pedagógusok számára jelent kihívást, hanem az egész társadalom számára, hiszen komoly mentális és érzelmi következményekkel járhat. Éppen ezért elengedhetetlen, hogy

átfogóan megértsük ezt a jelenséget, és hatékony megoldásokat találjunk annak kezelésére. Ez a folyamat számos formát ölthet, attól függően, hogy milyen platformon és eszközökkel valósul meg; míg a hagyományos zaklatás az iskolai környezetre vagy a személyes találkozásokra korlátozódik, az online zaklatás szinte korlátlan lehetőségekkel rendelkezik. Az internet adta anonimitás és a távolság biztosította védelem miatt az elkövetők gyakran könnyebben és bátrabban lépnek fel áldozataikkal szemben, mint a valós életben tennék azt.

A zaklatásnak több ismert formája is létezik. Az egyik legelterjedtebb az úgynevezett trollkodás, amely az internetes fórumokon és közösségi oldalakon terjed. A trollkodás célja az, hogy provokatív vagy bántó megjegyzésekkel felbosszantsa vagy megsértse a többi felhasználót. Bár ez a viselkedés gyakran "ártalmatlan" viccnek tűnhet, az áldozatok számára komoly lelki terhet jelenthet, különösen, ha rendszeresen előfordul. A trollkodás gyakran szándékosan rosszindulatú, és célja az áldozat kiközösítése (exclusion) vagy megalázása (Kowalski, Giumetti és munkatársai 2014). Egy másik gyakori forma a szociális médiával való visszaélés, amely során valaki a közösségi oldalakon keresztül zaklat másokat. Ez lehet sértegetés, megalázás, hamis információk terjesztése, vagy akár intim képek és videók engedély nélküli megosztása is. A szociális média térnyerése miatt ez a fajta zaklatás rendkívül elterjedt, mivel az elkövetők könnyen hozzáférhetnek az áldozatok profiljához, és az információk, képek széles körben terjedhetnek (Kowalski, Giumetti és munkatársai 2014).

A hamis profilok létrehozása szintén gyakori cyberbullying forma. Az elkövetők hamis identitással lépnek kapcsolatba az áldozattal, vagy az áldozat nevében hoznak létre álprofilt, hogy lejárassák, megalázzák őt. Ezek a profilok gyakran arra szolgálnak, hogy rossz színben tüntessék fel az áldozatot, és megszégyenítsék őt a barátai, családja vagy akár a nyilvánosság előtt is (Kowalski, Giumetti és munkatársai 2014). Az online zaklatás (harassment) az a forma, amikor valaki folyamatosan és szándékosan bántó üzeneteket küld az áldozatnak. Ez történhet e-mail, közösségi média üzenet vagy akár nyilvános komment formájában is. Az online zaklatás gyakran a verbális bántalmazás egy formája, de idővel pszichológiai nyomást gyakorolhat az áldozatra, ami komoly érzelmi következményekkel járhat. A cyberbullying elkövetői gyakran élnek az anonimitás nyújtotta védelemmel, ami megnehezíti az azonosítást és a számonkérést. Az áldozatok pedig általában fiatalok, különösen serdülők,

akik életük egy érzékeny szakaszában vannak és nagyobb valószínűséggel hat rájuk a cyberbullying (Domonkos 2014).

A kutatások és empirikus adatok tehát azt mutatják, hogy a cyberbullying egy széleskörű és komoly probléma, amely nemcsak az áldozatok mentális egészségére, hanem az egész iskolai közösségre és társadalomra is hatással van. Az online zaklatás megelőzése és kezelése érdekében kiemelten fontos a digitális kompetenciák fejlesztése, a megelőző programok bevezetése, valamint a szülők, pedagógusok és diákok közötti hatékony együttműködés. A jövőben elengedhetetlen a további kutatások folytatása és az újabb intervenciós modellek kifejlesztése annak érdekében, hogy a cyberbullying áldozatainak és az elkövetőknek megfelelő segítséget és támogatást nyújthassunk.

Összegzés

A jövőre vonatkozóan a cyberbullying elleni küzdelemben kiemelt szerepe lehet a technológiai fejlődésnek is. A mesterséges intelligencia (AI) és az automatizált eszközök, például az algoritmusok, segíthetnek a zaklatás jeleinek korai felismerésében is. A közösségi médiaplatformok és az online szolgáltatók egyre inkább a mesterséges intelligencia segítségével keresnek megoldásokat a cyberbullying hatékony felismerésére és kezelésére (Kid Actions, 2022). Emellett a szülők, pedagógusok és közösségi vezetők digitális kompetenciáinak fejlesztése elengedhetetlen, hogy felkészültek legyenek a kibertér által felvetett új típusú problémák kezelésére (Domonkos, 2014).

A megelőzés jövőbeli irányvonala is a digitális kultúra és a pozitív online közösségi normák tudatosítására összpontosíthat. A fiatalok számára fontos, hogy megfelelő eszközökkel rendelkezzenek az online zaklatás felismerésére és kezelésére, emellett maguk is aktívan hozzájáruljanak a kiberbántalmazás elleni küzdelemhez. A szociális és érzelmi készségek fejlesztése, valamint a társadalmi felelősségvállalásra és empátiára épülő iskolai programok szintén segíthetnek abban, hogy a jövő generációja felkészülten és tudatosan lépjen fel a digitális zaklatás ellen (Kurucz 2012).

A kutatások és szakirodalmak figyelembevételével a jövőbeli prevenciós stratégiáknak rugalmasnak és adaptívnak kell lenniük, hogy képesek legyenek reagálni a folyamatosan változó online környezetre. A társadalom, az iskolák, a szülők és a technológiai cégek közötti együttműködés pedig ugyancsak elengedhetetlen, hogy valódi változást érhessünk el a cyberbullying csökkentésében és a jövő nemzedékeinek védelmében (Kurucz 2012).

A technológiai újítások mellett szükség van a társadalmi érzékenyítésre, a digitális etika hangsúlyozására, valamint arra, hogy az iskolák és a szülők egyre jobban felkészüljenek a felmerülő digitális kihívásokra. Az ilyen típusú integrált megközelítés lehetőséget ad arra, hogy a cyberbullying problémáját hosszú távon, fenntartható módon kezeljük, és biztosítsuk a fiatalok mentális egészségét és jólétét (Monori 2016).

Felhasznált irodalom

1. Anti-Defamation League (2021): Online hate and harassment: The American experience. Anti-Defamation League. https://www.adl.org/resources/report/online-hate-and-harassment-the-american-experience (Letöltés ideje: 2024.12.30)
2. Bandura A. (1977): Social learning theory. Prentice-Hall.
3. Baumeister R. F.; Vohs K. D. and Tice D. M. (2007). The strength model of self-control. Current Directions in Psychological Science, 16(6), 351-355.
4. Cloudwards (2024): Cyberbullying statistics: Updated facts and figures from the latest research. Retrieved from https://www.cloudwards.net/cyberbullying-statistics/ (Letöltés ideje: 2024.12.23)
5. Domonkos Katalin (2014): Cyberbullying: Zaklatás elektronikus eszközök használatával. Retrieved from https://ap.elte.hu/wp-content/uploads/2014/05/APA_2014_1_Domonkos.pdf (Letöltés ideje: 2024.12.27)
6. Hinduja S., and Patchin J. W. (2018): Cyberbullying prevention and response: Expert perspectives. Cyberbullying Research Center.
7. Jeyagobi S.; Munusamy S.; Kamaluddin M. R.; Badayai A. R. A. and Kumar J. (2022): Factors influencing negative cyber-bystander behavior: A systematic literature review. Frontiers in Public Health, 10, 965017.
8. Kid Actions (2022): Artificial intelligence: What is its role in children's lives? Kid Actions. https://www.kidactions.eu/2022/08/04/artificial-intelligence/ (Letöltés ideje:2025.01.10)
9. Kowalski R. M.; Giumetti G. W.; Schroeder A. N. and Lattanner M. R. (2014): Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychological Bulletin, 140(4), 1073-1137.
10. Kurucz Orsolya (2012): Iskolai agresszió és közösségi média. Új Pedagógiai Szemle, 7-8, 94-103.

11. Monori Zsuzsanna Éva (2016): Zaklatás-e a cyberbullying? Az internetes zaklató magatartások büntetőjogi szankcionálásának dilemmái. In Medias Res, 5(2), 246-261. http://media-tudomany.hu/wp-content/uploads/sites/13/2017/11/media-tudomany-zaklatas-e-a-cyberbullying-cikk-125.pdf (Letöltés ideje: 2020.01-25.).
12. Nixon C. L. (2014): Current perspectives: The impact of cyberbullying on adolescent health. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 5, 143-158.
13. Partnership for 21st Century Skills. (2009). Framework for 21st century learning. Retrieved from https://www.battelleforkids.org/insights/p21-resources/ (Látogatva: 2023.12.23).
14. Prensky M. (2001): Digital natives, digital immigrants. On the Horizon, 9(5), 1-6.
15. StopBullying.gov. (2024): What is cyberbullying? U.S. Department of Health and Human Services. https://www.stopbullying.gov/cyberbullying/what-is-it (Letöltés ideje: 2024.12.27).

Reziliencia mértékének vizsgálata védőnők körében Magyarországon

Fagyas Natália[1], Jávorné Dr. Erdei Renáta[2], Némethné Gregor Judit[3], Barabás Ágota[4]

[1]hallgató, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Egészségügyi gondozás és prevenció alapszak, védőnő szakirány, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4., ORCID: 0009-0000-6260-4887
[2]Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Védőnői Módszertani és Prevenciós Tanszék, egyetemi docens, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. ORCID: 0000-0002-2053-9287
[3]Magyar Gyermekmasszázs Egyesület, elnök, nemzetközi tréner, 1122 Budapest, Széll Kálmán tér 16.
[4]Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Védőnői Módszertani és Prevenciós Tanszék, tanársegéd, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. ORCID: 0000-0001-9919-659X

INFO

Fagyas Natália
fnati0519@gmail.com

Keywords
health visitor
helping profession
stress
resilience

ABSTRACT

Mental health plays a central role in the human, social, and economic capital of nations. Although stress is prevalent during helping activities, resilience serves as a protective factor encompassing personality traits that promote adaptive coping under vulnerable conditions. The aim of this study is to assess the level of resilience among professionals currently working or formerly engaged in the health visitor profession in Hungary and to identify the background factors influencing it. Based on the results, the average resilience score of the examined population (N=152) was 31.6 points, with a median value of 32. A median score was achieved by 52.6% of the health visitors, and a significantly higher proportion feel that they recover more quickly even after difficult times ($p<0.001$). On this basis, it is proposed to conduct a nationwide survey of the resilience of health visitors and to develop interventions to improve resilience based on the results.

Kulcsszavak
védőnő
segítő hivatás
stressz
reziliencia

A mentális egészség központi szerepet játszik a nemzetek emberi, társadalmi, valamint gazdasági tőkéjében. Bár a stressz magas szinten van jelen a segítő tevékenységek végzése során, a reziliencia védőfaktorként magában foglalja azokat a személyiségjellemzőket, melyek veszélyeztetett körülmények mellett elősegítik az adaptív megküzdést. Jelen tanulmány célja felmérni hazánkban a védőnői hivatást folytató vagy korábban védőnőként tevékenykedő szakemberek rezilienciájának mértékét, és az azt befolyásoló háttértényezőket. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vizsgált populáció (N=152) rezilienciájának átlaga 31,6 pont, medián értéke 32. Medián értéket ért el a védőnők 52,6%-a, és szignifikánsan magasabb arányban érzik úgy, hogy nehéz idők után hamarabb térnek magukhoz ($p<0,001$). Ennek alapján javasolt a védőnők reziliencia felmérését országos kiterjesztésben elvégezni, majd az eredmények tükrében reziliencia fejlesztésre irányuló intervenciókat kidolgozni.

Ez a tanulmány a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Karának a szervezésében megrendezett „Magyar Tudomány Ünnepe 2024” konferencián elhangzott előadás alapján készült.

Bevezetés

A mentális jóllétnek kiemelt jelentősége van életünk során, hiszen, ha elegendő időt és energiát fordítunk saját lelkünk ápolására, könnyebben birkózhatunk meg a mindennapok során váratlanul felmerülő nehézségekkel. Minél optimálisabb lelki egészségnek örvendünk, annál hatékonyabban tudjuk megoldani problémáinkat, mely nem csak individuális szinten, hanem közösségi tekintetben is eredményes lehet.

A segítő tevékenységet folytató egyének munkavégzéssel kapcsolatos stresszhatásoknak való kitettsége magas, éppen ezért fokozott körükben a mentális zavarok kialakulásának kockázata. Hivatásuk jellegénél fogva alapvető személyiségvonásuk az önzetlenség, és hajlamosak saját egészségüket háttérbe szorítani, maladaptív megküzdési stratégiákhoz folyamodni, ami hosszabb távon szinte észrevétlenül vezethet kiégés szindrómához (Jones 1980; idézi Pines, Aronson és Kafry 1981). Ráadásul azon túl, hogy a nem megfelelő stresszkezelés rontja az életminőséget, negatív hatást gyakorol az elvégzett munka minőségére is, végső soron pedig pályaelhagyásra késztetheti a krízisben lévő egyéneket (Kopp 2008).

Az egészségügyi szféra szakembereinek sokkal tudatosabban kellene saját lelküket ápolniuk, több időt, energiát fordítaniuk önismeretük fejlesztésére, a mentális jóllét fokozódásával párhuzamosan ugyanis az ellátás minősége is növekvő tendenciát mutatna, ami társadalmi szempontból mindenképpen pozitív változásokat vonna maga után. Az a szakdolgozó, aki optimális lelki állapotban van, sokkal nyitottabb, érdeklődőbb, jobb teljesítményt tud nyújtani és mélyebb empátiát képes érezni mások iránt. Ezzel szemben azok az egyének, akik nem képesek a stresszel hatékonyan megküzdeni, a sorozatos kudarcokon, az önértékelés csökkenésén, a frusztráción és az apátián át akár súlyos depresszív állapotba is kerülhetnek.

A mentális jóllét állapotának elérésében, illetve a kiégés szindróma megelőzésében kulcsfontosságú szerep jut a rezilienciának, mely egy elsajátítható, fejleszthető képesség, és nem csak érzelmi, hanem munkahelyi viszonylatban is releváns. Segítő hivatást folytatók körében kifejezetten lényeges reziliens szakembernek lenni, ugyanis szakmai kompetenciájukhoz

hozzátartozik, hogy saját személyiségüket munkaeszközként használják egy-egy kiszolgáltatott helyzetben lévő egyén megsegítésekor.

Jelen kutatás segítségével elsősorban a jelenlegi védőnők vagy korábban védőnői hivatást folytató egyének mentális állapotáról szerettünk volna átfogó képet kapni reziliencia szintjük felmérésével, és az eredmények tükrében következtetéseket levonni arról, hogy a rugalmas lelki ellenálló képesség valóban hatékonyan csökkenti-e a kiégés kialakulásának kockázatát.

A stressz és a kiégés kapcsolata

Selye János (1956), a stresszelmélet megalkotója szerint a stressz nem más, mint „*a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre*" (Selye 1956; idézi Ádám és Salavecz 2010:54). A stresszhelyzetet indukáló tényezők tekintetében megkülönböztethetjük az úgynevezett kellemetlen (distressz), illetve kellemes (eustressz) stresszorokat, melyek hatása attól függ, hogy mennyire veszik igénybe a szervezet alkalmazkodóképességét. Ha az egyén a stresszhelyzetet olyan nehézségként éli meg, melynek leküzdéséhez nem rendelkezik kellő kompetenciával, esetében distresszről van szó, míg, ha megfelelő megküzdési stratégiák (coping mechanizmusok) birtokában kihívásként tekint rá, akkor mindenképpen eustresszről beszélhetünk (Selye 1976). Az időtartamot figyelembe véve a distresszt még tovább differenciálhatjuk akut és krónikus típus szerint. Az akut stressz általában hirtelen következik be, komoly kihívást jelent az egyén számára, sőt, akár súlyos traumát is okozhat. Ilyen esemény lehet például egy baleset, egy szeretett személy halála vagy egy gyermek születése. A krónikus stressz körébe olyan alacsony intenzitású, tartósan fennálló, elkerülhetetlen mindennapi stresszorok tartoznak, melyek hosszútávon potenciálisan maradandó egészségkárosodáshoz vezetnek, mint például a munkahelyi stressz (Stauder 2014).

A kiégés szindróma (burnout) a krónikus stressz következtében alakul ki, s bár nem tekintünk rá betegségként, tulajdonképpen egy valódi betegségnek, a depresszionak az előszobája. Tanulmányozásának kezdetén úgy írták le a jelenséget, mint a segítő foglalkozást űzők körében fellépő fizikai, mentális, emocionális kimerülés állapotát (Freudenberger 1974). Ennek alapján nyilvánvaló, hogy az állapot kialakulásában közvetlenül vagy közvetve szerepet játszik az altruizmus, önzetlen segíteni akarás, mely az egészségügyi szférában dolgozók alapvető személyiségvonása. Később a szakmai kiégést úgy definiálták, mint adaptációs problémát, ami gátolja az optimális

munkavégzést (Jones 1980; idézi Pines, Aronson és Kafry 1981), majd meghatározását tovább bővítették a depresszióra jellemző reménytelenség érzésével, az élni akarás hiányával (Pines, Aronson és Kafry 1981).

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi stressznek való kitettsége

A mentális jóllét tekintetében jelentős problémát jelent a munkahelyi stressz, mely akkor jelentkezik, ha az egyén a tudását, készségeit meghaladó elvárásokkal szembesül, és ezek jelentős mértékben próbára teszik megküzdési képességeit (WHO 2020).

Kialakulásában számos faktor játszhat szerepet; a legerősebben a társas támogatás jellege, erőssége, a helyzet befolyásolásának képessége, az igénybevétel, illetve a terhelés mértéke hat a dolgozókra (Kopp, 2008). Cooper és Davidson (1987) szerint *„munkahelyi környezetben a legtipikusabb, stresszt kiváltó tényezők, amelyek a jóllétet negatív irányba befolyásolják: a nagy munkaterhelés, a munkafeladatok kiszámíthatatlansága, a támogatás és az elismerés hiánya, az állandó változásokhoz való alkalmazkodás megkövetelése, a munka-magánélet egyensúly megbomlása, a nem kielégítő kapcsolatok (munkatársakkal, vezetővel) vagy a nem megfelelő munkahely-kialakítás”* (Cooper és Davidson 1987; idézi Deutsch, Szilva és munkatársai, 2015:54).

Az egészségügyi dolgozók a segítő szerep folyamatos betöltése, a túlterheltség, illetve a kellő megbecsülés hiánya miatt sokkal intenzívebb mértékben vannak kitéve mentális problémáknak, mint más munkaterületen tevékenykedő egyének. A szakemberhiány jelentős terhet ró rá a munkavállalókra, az erőfeszítések és az erőfeszítésekért kapott jutalmak aránytalansága pedig testi, lelki egészségromlást eredményezhet. A szakdolgozók jelentős része produkál olyan tüneteket, melyek a klinikai depresszió jellegzetességeinek feleltethetőek meg, magas a terheltségi szintjük, és a kiégés előfordulási gyakorisága is szignifikánsan nagyobb esetükben (Kopp 2008).

Védőnők kiégésének, pályaelhagyásának a lehetséges okai

Magyarországon az egészségügyi végzettséggel rendelkezők esetén magas a pályaelhagyás aránya. Egy 2020-as felmérés alapján az egészségügyi szakdolgozók más szakterület irányába történő elvándorlását elsősorban az alacsony fizetés idézi elő, de a lehetséges okok között mérvadó szerep jut a

leterheltségnek, illetve a nem megfelelő erkölcsi megbecsülésnek. A vizsgálati minta tekintetében a válaszadók többségét ápolók, szakápolók tették ki, esetükben a munkabeosztás állandó, kiszámíthatatlan változása és a kompetenciakörhöz tartozó feladatokkal kapcsolatos kételyek, a felelősség hatókörének tisztázatlansága is felvetheti a pályaelhagyás gondolatát (Bogó, Krokovay és Nagy 2020).

Az egészségügyi alapellátáshoz tartozó védőnők pályaelhagyással kapcsolatos attitűdjéről 2021-ben egy külön kutatást is végeztek a védőnői képzőhelyek munkacsoportjainak tagjai. Az eredmények tükrében megállapították, hogy más egészségügyi szakmák szakdolgozóihoz hasonlóan a védőnők is legfőképpen az elégtelen anyagi, erkölcsi megbecsülés miatt hagyják ott állásukat. A megbecsülésre vonatkozó problémákat követte a nagy leterheltség, az életpálya-modell hiánya és a nem egyértelmű kompetencia, mint pályaelhagyást kiváltó ok. A felmérés kitért a pályaválasztást befolyásoló motivációs tényezőkre is, a megkérdezett védőnők válaszai alapján főleg egyénhez, illetve védőnői pályához kötött belső motivációk befolyásolták a szakma melletti elköteleződést. Ennek kapcsán fontos megemlíteni, hogy a válaszadók véleménye szerint hivatásuk társadalmi elismertsége szignifikánsan alacsonyabb, mint amilyenre a képzés végzése közben számítottak. A pályakezdők belső motivációját így nagy valószínűséggel felül fogják írni a már munkavégzéskor tapasztalható külső, negatív tényezők (Gyulai, Árváné és munkatársai 2021).

A pályaelhagyáshoz vezető tényezők és a kiégés szindróma okai között összefüggés található, melyet a szakirodalom is alátámaszt (Kopp 2008). Amennyiben a kiégést szervezeti szinten próbáljuk megközelíteni, a szervezeti struktúrában találhatjuk meg a fő faktorokat, ilyen például a szociális támogatás, az autonómia, a jutalmazás. Más megközelítés alapján a kiégés leginkább a munkahelyi elvárások, illetve a személyes képességek közötti egyenlőtlenségből fakad, és sosem individuális probléma, hiszen a szakdolgozók lelki állapota meghatározza az elvégzett munka minőségét, azaz a hatékonyságot (Bordás 2010; idézi Üsth 2017).

A pálya melletti elköteleződésben a legnagyobb szerep a munkahelyi jóllétnek jut, melynek három indikátora a munkával való elégedettség, a munkához kapcsolódó szorongás és az érzelmi kimerülés (Warr 1987). A munkával való elégedettséget nem csak a munkával kapcsolatos attitűdök (például teljesítmény elismerése, megfelelő munkahelyi környezet, karrierlehetőségek), hanem a munkavégző sajátos jellemzői (például célok,

mentális állapot) is meghatározzák, éppen ezért a pályaelhagyás elkerülése érdekében mind a munkahelyi, mind az egyéni tényezők optimalizálására törekedni kell (Klein 2002).

Reziliencia a mentális jóllét és a kiégés megelőzésének tükrében

A reziliencia vagy rugalmas lelki ellenálló képesség egy olyan összetett jelenség, ami stresszhatás esetén mutatkozik meg és segíti a funkcionális fennmaradást (Szokolszky és Komlósi 2015). Általános definícióját a Nemzetközi Reziliencia Projekt keretén belül határozták meg, miszerint *„Olyan univerzális képesség, amely lehetővé teszi egy személy, egy csoport vagy egy közösség számára, hogy megelőzze, minimálisra csökkentse vagy legyőzze a megpróbáltatások káros hatásait."* (Hüse és Ceglédi, 2018:17). A reziliencia azonban nem csak a hatékony megküzdésről szól, hanem a fejlődésről, fejlettebb állapot eléréséről is, hiszen a reziliens személyek nehézség esetén nem a korábbi állapotukhoz térnek vissza. Összességében tehát „*nemcsak a negatív következmények hiányát, de a pozitív eredmények megjelenését is magába foglalja a reziliencia fogalma"* (Ribiczey 2008)

Az egyéni különbségek tekintetében nehéz pontosan meghatározni, hogy milyennek kell lennie egy reziliens egyénnek, ugyanis mindenki másképpen reagál az őt érő hatásokra. (Rutter 2006). Az is előfordulhat, hogy egyes stresszhelyzetekben sikeres az adaptáció, más esetekben pedig kevésbé hatékony az alkalmazkodás (Block és Kremen 1996). A pszichológia tudományterületein kutatók közül többen megállapították, hogy a rezilienciának vannak bizonyos védőfaktorai, melyek képesek hozzájárulni a jólléthez, segíteni az adaptív alkalmazkodást, esetenként csökkenteni bizonyos rizikófaktorok negatív hatását. Ezek a védőfaktorok több csoportba sorolhatóak annak alapján, hogy egyénen belüliek, családon belüliek, vagy a tágabb környezetre vonatkoznak. Egyénen belüli protektív tényezők a biológiai-egészségügyi védőfaktorok (például jó egészségi állapot, normál születési súly és mindenkori optimális testsúly), illetve az adott személyre jellemző képességek, tulajdonságok (Erdei 2021). Bizonyos személyiségvonások tehát bizonyítottan hozzájárulnak a rezilienciához, ilyen emberi tulajdonság a *„belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép, a változások pozitív kezelése és az én-hatékony viselkedés"* (Masten 2001; idézi Kövesdi 2017:2). Az adaptív reakció mértékét nagymértékben meghatározza a család is, mely életünk legelső szocializációs színtere, és az egyik legfontosabb funkciója, hogy normákat, társadalmi követelményeket

közvetítsen a gyermek felé. Egy jól működő család fogékony a tágabb környezet fejlesztő, pozitív hatású tendenciái iránt, ellenben egy diszfunkcionáló családi háttér a negatív hatásokat erősíti fel (Gáti 1982).

Egyes nevelésszociológiai vizsgálatok alapján a nemek között is különbség figyelhető meg a rugalmas lelki ellenállás tekintetében. A nők valamivel mobilisabbak a férfiakhoz képest, és ez abban is megnyilvánul, hogy esetükben szignifikánsan nagyobb azoknak az aránya, akik hátrányos helyzetük ellenére bekapcsolódnak a felsőoktatásba (Fényes 2009). A támogatáskeresés, mint adaptív megküzdési stratégia, szintén arra világít rá, hogy a nőkre összességében magasabb reziliencia szint jellemző, hiszen testi és lelki egyensúlyuk helyreállításának érdekében a férfiaknál hamarabb fordulnak orvoshoz, szakemberhez (Kopp 2008).

Az, hogy az egyén mennyire tud rugalmasan megküzdeni a nehéz élethelyzetekkel, a munkavégzés szempontjából is kiemelt jelentőségű. Bizonyos szakmai kompetenciák alapvetően magasabb reziliencia szintet követelnek meg a munkavégzőktől. Különösen igaz ez a segítő hivatást folytatókra, akik egy-egy stresszes szituáció „szükségemberei", és többek közt saját személyiségük is fontos munkaeszközük. A segítségnyújtás csak akkor lehet hatékony, ha a segítő lelkileg stabil állapotban van, ezt pedig képes egyfajta mintaként felmutatni (Kádár 2013). Ahhoz, hogy a stabil lelkiállapot hosszútávon fennálljon, szükség van az érzelmi tartalékok folyamatos visszatöltésére, ennek hiányában ugyanis kimerülés, kiégés szindróma jelentkezhet (Freudenberger 1974).

A fejlesztés tekintetében fontos megjegyezni, hogy a reziliencia kizárólag *„pozitív minőségként"* értelmezhető, nincsenek szélsőségek, tehát senki sem lehet túlzottan reziliens vagy abszolút in-reziliens (V. Komlósi és Richter 2015). Azok, akik magas reziliencia szinttel rendelkeznek, képesek másokat mentorálni a magasabb szintre való emelkedésben. Sőt, tulajdonképpen a mentorálás is egy reziliens folyamat a résztvevőire nézve, hiszen a mentor és mentoráltja együttesen lendülnek át a felmerülő nehézségeken, problémákon (Masten és munkatársai 2008). A fejlődés határtalan, vannak viszont rizikótényezők, melyek halmozódása olyan mértékben túlterheli az egyént, hogy akadályozottá válhat a magasabb szintű reziliencia elérése. Ilyen azoknak a negatív életeseményeknek a bizonyos száma, ami fölött a készség már kevésbé tud fejlődni (Hüse és Ceglédi 2018).

A kutatás célkitűzései

Célul tűztük ki felmérni Magyarországon a jelenleg védőnői hivatást folytató vagy korábban védőnőként tevékenykedő szakemberek rezilienciájának mértékét, annak a kiégéssel és mentális jólléttel való kapcsolatát. Szerettünk volna képet kapni arról, hogy a reziliens kategóriába tartozó szakemberek körében a kiégés szindróma mértéke különbözik-e a kevésbé reziliens szakemberekétől.

Alkalmazott vizsgálati módszerek

A vizsgálat a papír-ceruza alapú kérdőíves adatfelvétel módszerével történt, melyre 2023 júniusa és 2024 januárja között került sor. A kérdőívek tartalmát tekintve az első kérdésblokk demográfiai adatokra (életkor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, lakóhely régiója és típusa) utalt. A reziliencia mértékét a Connor-Davidson Reziliencia Skála 10 itemes magyar validált változatával mértük fel, a mentális jóllét méréséhez a Mentális Egészség Teszt 18 itemből álló kérdőívét használtuk, továbbá a kiégés szindrómára vonatkozóan a Mini Oldenburg Burnout Inventory kérdőív 10 itemes magyar validált változatát alkalmaztuk.

Connor és Davidson (2003) a kutatásuk során egy 25 itemből álló kérdőívet dolgoztak ki, mely a reziliens magatartás mértékét tükrözi vissza olyan állítások elfogadása vagy negálása által, mint például *„A stresszel való megküzdés megerősít.”* (Connor és Davidson 2003). Később a felmerülő módszertani kérdések miatt újabb vizsgálatokra volt szükség, és kidolgoztak egy új, rövidített, 10 itemből álló skálát, mely megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal, illetve magas szintű reliabilitás- és validitásértékekkel rendelkezik (Campbell-Sills és Stein 2007). A magyar validált kérdőív is 10 itemből áll, adaptációja során azonban az eredeti, 25 tételes kérdőívhez tértek vissza, és másik 10 itemet választottak ki. A tételek 5 fokú Likert-skálán értékelhetőek, ennek alapján a 0 = egyáltalán nem igaz, a 4 = szinte mindig igaz. Az elért pontszámok 0-100 közötti tartományba sorolhatóak, és minél magasabbak, annál kedvezőbb reziliencia szintre utalnak. A kérdőív fordított tételeket nem tartalmaz (Járai és munkatársai 2015).

A Mentális Egészség teszt (MET) egy 18 tételből álló, felnőttek számára összeállított kérdőív, mely a szubjektív lelki jóllétet méri. Egyes pszichometriai elemzések szerint a 6. tétel (*„A stresszes eseményeket nehezen viselem.”*) elhagyható, vagyis a javított verzió 17 itemes. A teszt 5 dimenzió

vonatkozásában nyújt átfogó képet a mentális egészségről, ezek a dimenziók a jóllét (3 tétel), a savoring (3 tétel), az alkotó-végrehajtó tevékenység (5 tétel), az önreguláció (3 tétel) és a reziliencia (3 tétel). Kiértékelése 6 fokú Likert-skálán történik, ahol az 1 = egyáltalán nem jellemző, a 6 = teljes mértékben jellemző, illetve érdemes az 5 dimenzió pontértékének átlagát (MET átlag) is meghatározni. Az állítások egyaránt vonatkoznak az érzelmi-, pszichológia-, szociális- és spirituális működésre, illetve a rugalmas alkalmazkodást biztosító kompetenciákra, személyiségtényezőkre, mint például *„Jó kedvre tudom hangolni magam, ha elképzelem, milyen lesz a közelgő boldog idő."* (Vargha és munkatársai 2020).

A Mini Oldenburg Inventory (MOLBI) kérdőív 10 itemes magyar validált változatának segítségével értékelhető a kiégés mértéke, a munkaértékek preferált, illetve megvalósult szintje, és a kettő közötti diszkrepancia. Az eredeti, Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) kérdőívet 2001-ben holland és német kutatók dolgozták ki a kimerülés, illetve a kiábrándultság kétdimenziós koncepciójának mentén. A kimerülést mérő skála a munkához kapcsolódó fáradtságot, a munkavégzés során bekövetkező érzelmi, kognitív és fizikai terhelést vizsgálja, a kiábrándultságra irányuló skála pedig a munkához fűződő elszemélytelenedést, elköteleződés csökkenést és az érdeklődés elvesztését méri. A kérdőív 10 állításból áll és minkét dimenzióhoz 5–5 tétel tartozik. Ha a kimerültség és a kiábrándultság magas szintje együttesen fennáll, egyértelműen kiégés szindrómáról beszélhetünk. Kiégésre vonatkozó állítás például a „*Vannak napok, amikor már azelőtt fáradt vagyok, mielőtt elmegyek dolgozni.",* míg a kiábrándultságra például az *„Egyre gyakrabban előfordul, hogy rosszallóan beszélek a munkámról."* kijelentés utal. A válaszok pontozása négyfokú Likert-skála alapján történik, ahol az 1 = teljesen egyetértek, a 4 = egyáltalán nem értek egyet (Ádám és munkatársai 2020).

A felmérésben való részvételt összesen 163 fő vállalta, részükről a válaszadási hajlandóság 100% volt. Végül 162 papír-ceruza alapú kérdőív felvétele történt meg, majd a számítógépes adatrögzítés és tisztítás során 10 darab kérdőívet töröltünk a paradoxon válaszok miatt, így a végleges mintanagyság 152 darab kérdőív.

Az adatok statisztikai feldolgozása

A kérdőívekből származó adatok a Microsoft Excel 2007 és az SPSS Statistics 28.0 statisztikai programcsomag segítségével kerültek feldolgozásra. Az adatelemzés során az általunk relevánsnak tartott változók gyakorisági értékeit

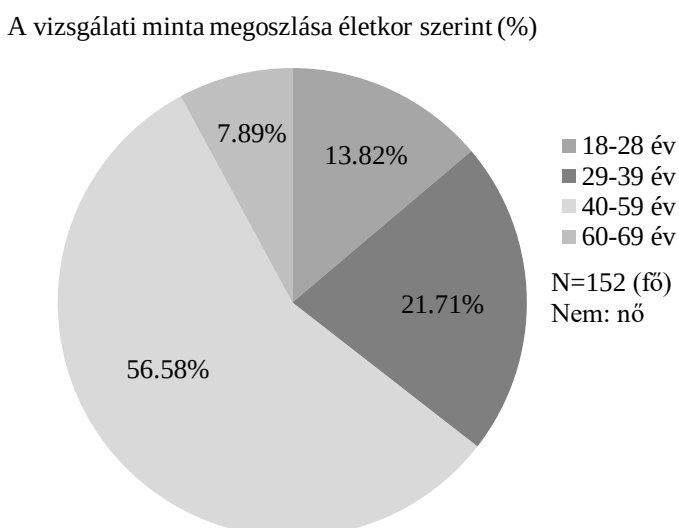
elemeztük, és a csoportok közötti eltéréseket teszteltük Khi-négyzet próbával, 5%-os szignifikancia szinttel dolgozva.

A minta bemutatása

A vizsgálati mintát 100%-ban olyan nők alkották, akik jelenleg védőnőként dolgoznak vagy korábban védőnői hivatást folytattak (152 fő), tehát mindannyian főiskolai vagy egyetemi végzettséggel (100%) rendelkeznek. Életkor tekintetében a 40-59 éves korosztály (56,58%) felülreprezentált volt a vizsgálatban (56,58%), a legkevesebben pedig a 60-69 éves korosztályba (7,89%) tartoztak (1. sz. diagram).

A megkérdezettek nagyrészt Közép-Magyarországon, azaz Pest vármegyében élnek (33,6%), és leginkább a városi lakóhely (42,11%) jellemző körükben (1. sz. táblázat).

1. számú diagram: A minta bemutatása I.



Forrás: Saját szerkesztés

1. számú táblázat: A minta bemutatása II.

A vizsgálati minta megoszlása lakóhely szerint (%) N=152 (fő)		
Jellemzők	%	
Lakóhely (régió)	Közép-Magyarország	33,6
	Nyugat-Dunántúl	3,94
	Közép-Dunántúl	11,84
	Dél-Dunántúl	7,23
	Észak-Magyarország	13,15
	Észak-Alföld	19,07
	Dél-Alföld	11,18
Lakóhely típusa	Főváros	16,45
	Megyei jogú város	16,42
	Város	42,11
	Község/falu	24,34

Forrás: Saját szerkesztés

A mintát alkotó védőnők többsége házas (71,71%), és több mint 25 éve gyakorolja hivatását (34,21%). Jellemzően nem rendelkeznek másodállással (77,63%), továbbá azoknak az aránya, akik egyáltalán nem vesznek részt önkéntes tevékenységben (61,18%), igen magas (2. sz. táblázat).

2. számú táblázat: A minta bemutatása III.

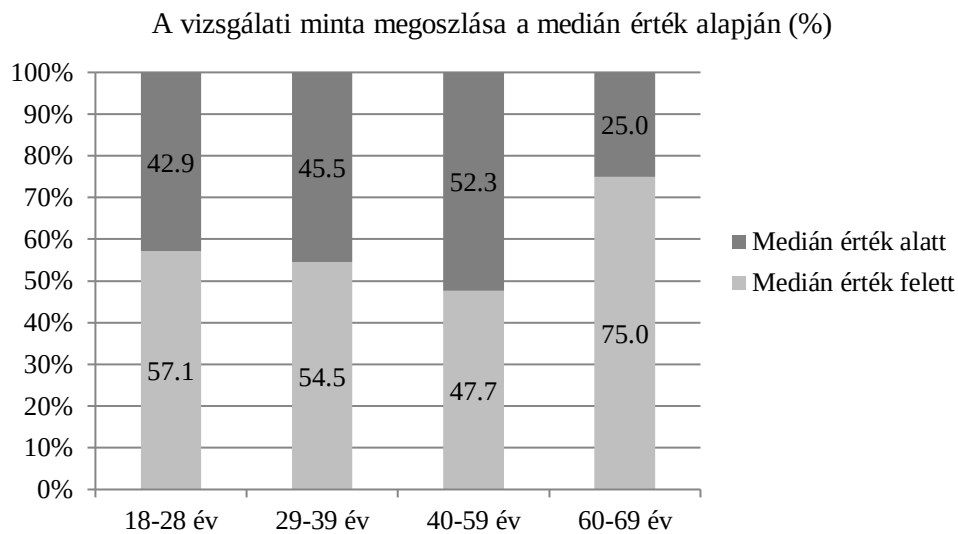
A vizsgálati minta családi állapotra, munkavégzésre irányuló mutatói			
Jellemzők	%		N
Családi állapot	Házas	71,71	152 (fő)
	Hajadon	16,45	
	Elvált	9,21	
	Özvegy	2,63	
Mennyi ideje dolgozik?	Kevesebb mint 5 éve	16,75	
	5-10 éve	12,5	
	11-15 éve	9,87	
	16-20 éve	11,18	
	21-25 éve	15,79	
	Több mint 25 éve	34,21	
Másodállás	Nincs	77,63	
	Egy	12,5	
	Kettő	3,29	
	Három vagy több	1,97	
Önkéntes munkavégzés	Rendszeresen, hetente	3,95	
	Rendszeresen, havonta	11,84	
	Évente egyszer, kétszer	22.37	
	Nem	61,18	

Forrás: Saját szerkesztés

Eredmények

A vizsgálatban résztvevő szakemberek rezilienciájának medián értéke 32, mely 0 és 40 pont között értékelhető. A módusz 30, a szórás 4,91, a konfidencia intervallum pedig 0,78. Az eredmények alapján elmondható, hogy közel a védőnők fele reziliens (52,6%), azaz medián értéket, vagy afölötti értéket ért el. Az életkor és a reziliencia mértéke között nem találtunk szignifikáns összefüggést (p=32), viszont elmondható, hogy a 60-69 éves korosztályba tartozók között a legmagasabb a medián érték fölöttiek aránya (75,0%). A legtöbb medián érték alatti szakember a 40-59 éves korosztályhoz (52,3%) tartozik (2. sz. diagram).

2. számú diagram: A medián érték fölötti és medián érték alatti reziliencia szinttel rendelkező védőnők százalékos megoszlása korosztályonként



Forrás: Saját szerkesztés

A Connor-Davidson Reziliencia Skála kérdéseire adott válaszok alapján a védőnők 51,3%-a szinte mindig képesnek érzi magát arra, hogy alkalmazkodjon a változásokhoz, további 41,4%-uk esetében pedig gyakori ez az érzés. A stresszel való megküzdés 54,6%-uk szerint gyakran megerősíti őket, és 58,6%-uk képes tisztán gondolkodni, koncentrálni nyomás alatt. Pontosan a megkérdezett védőnők fele (50,0%) nyilatkozott úgy, hogy gyakran irányítja a saját életét. Összességében jellemző rájuk, hogy céltudatosak és

igyekeznek a legnagyobb erőbedobással cselekedni, bármiről legyen szó. Ugyanakkor igen jelentős azoknak az aránya is, akik a kérdésekre „néha igaz" választ adtak, például a védőnők 39,5%-a csak néha dolgozik azon, hogy elérje a céljait (3. sz. táblázat).

3. számú táblázat: A stresszel való megküzdés hatékonysága a védőnők reziliencia szintjének tükrében

A stresszel való megküzdés hatékonysága a védőnők reziliencia szintjének tükrében (%)					
N=152 (fő)	0 Egyáltalán nem igaz	1 Ritkán igaz	2 Néha igaz	3 Gyakran igaz	4 Szinte mindig igaz
Képes arra, hogy alkalmazkodjon a változásokhoz.	0,7	0,7	5,9	41,4	51,3
A stresszel való megküzdés megerősíti.	2,0	5,3	19,7	54,6	18,4
Mindig a legnagyobb erőbedobással cselekszik, mindegy, hogy miről van szó.	1,3	1,3	8,6	48,0	40,1
Amikor a dolgok reménytelennek tűnnek, akkor sem adja fel.	2,0	0,7	7,9	50,0	39,5
Tisztán gondolkodik és koncentrál nyomás alatt.	2,6	3,9	13,2	58,6	21,7
Erős emberként gondol magára.	1,3	2,0	18,4	39,5	38,8
A megérzései alapján kell cselekednie.	0,7	3,9	19,7	48,0	27,6
Nagyon céltudatos.	0,0	2,0	11,2	48,7	38,2
Úgy érzi, hogy ő irányítja életét.	0,7	2,6	15,8	50,0	30,9
Dolgozik, hogy elérje céljait.	0,7	1,3	39,5	57,2	0,7

Forrás: Saját szerkesztés

A kutatás során a reziliencia mértékét a mentális jóllétre vonatkozó válaszokkal is összevetettük. Szignifikánsan magasabb arányban érzik úgy a reziliens védőnők, hogy mindennapjaikban több az öröm, mint a bánat ($p<0,001$), és a nehéz idők után is hamarabb térnek magukhoz ($p<0,001$). Ezzel szemben a medián érték alatti reziliencia hányadossal rendelkező szakemberek könnyen türelmetlenné válnak ($p=0,012$) az eredmények alapján (4. sz. táblázat).

4. számú táblázat: A reziliencia és a mentális jóllét összefüggései

A reziliencia és a mentális jóllét összefüggései (%), N=152 (fő)				
Jellemzők		Medián érték fölött	Medián érték alatt	p-érték
Mindennapokban érezhetően több az öröm, mint a bánat.	Nem jellemző	1,3	2,8	p<0,001
	Jellemző	16,3	48,6	
	Nagyon jellemző	82,5	48,6	
Könnyen válik türelmetlenné.	Nem jellemző	33,8	15,5	p=0,012
	Jellemző	47,5	70,4	
	Nagyon jellemző	18,8	14,1	
Nehéz idők után hamar magához tér.	Nem jellemző	1,3	8,3	p<0,001
	Jellemző	36,3	70,8	
	Nagyon jellemző	62,5	20,8	

Forrás: Saját szerkesztés

A reziliencia és a kiégés szindróma között is találtunk összefüggést. A munka során rájuk nehezedő nyomást szignifikánsan magasabb arányban bírják jól a reziliens védőnők (p=0,028), ráadásul jellemzően a munkavégzést követően még készen állnak szabadidős tevékenységek végzésére is (p=0,136). Azok a szakemberek, akik kevésbé reziliensek, a munka után elhasználódottnak, fáradtnak érzik magukat (p=0,006), illetve mechanikusan hajtják végre feladataikat (p=0,457), mely hosszútávon kiégéshez vezethet (5. sz. táblázat).

5. számú táblázat: A reziliencia és a kiégés szindróma összefüggései I.

A reziliencia és a kiégés szindróma összefüggései I. (%), N=152 (fő)				
Jellemzők		Medián érték fölött	Medián érték alatt	p-érték
A munka során rá nehezedő nyomást jól bírja.	Egyet ért	68,4	50,7	p=0,028
	Nem ért egyet	31,6	49,3	
Munka után teljesen készen áll szabadidős tevékenységekre.	Egyet ért	72,5	61,1	p=0,136
	Nem ért egyet	27,5	38,9	
Munka után elhasználódott, és fáradt.	Egyet ért	30,0	52,1	p=0,006
	Nem ért egyet	70,0	47,9	
Mechanikusan hajtja végre feladatait.	Egyet ért	21,3	26,4	p=0,457
	Nem ért egyet	78,8	73,6	

Forrás: Saját szerkesztés

Azok a személyek, akik reziliensek, a kiégésben jellemzően nem érintettek (92,5%). A nem reziliens védőnők körében szintén magasabb azoknak az aránya, akik nem érintettek (83,3%), de esetükben mégis gyakrabban fordul elő (16,7%) a kiégés szindróma (6. sz. táblázat).

6. számú táblázat: A reziliencia mértéke és a kiégés szindróma összefüggései II.

A reziliencia és a kiégés szindróma összefüggései II. (%), N=152 (fő)		
p=0,081	Kiégésben érintett	Kiégésben nem érintett
Reziliens	7,5	92,5
Nem reziliens	16,7	83,3

Forrás: Saját szerkesztés

A kimerültséget és kiábrándultságot mérő dimenziók eredményei alapján a reziliens védőnők többsége nem kimerült (51,2%), ellenben a nem reziliens védőnők körében a kimerültség aránya (61,8%) magasabb (7. sz. táblázat).

7. számú táblázat: A reziliencia és a kimerültség összefüggései

A reziliencia és a kimerültség összefüggései (%), N=152 (fő)		
p=0,016	Kimerült	Nem kimerült
Reziliens	48,8	51,2
Nem reziliens	68,1	31,9

Forrás: Saját szerkesztés

A kiábrándult, reziliens védőnők (16,3%) és a kiábrándult, nem reziliens védőnők (15,3%) aránya közel azonos, azonban elmondható, hogy a vizsgált szakemberek nagy többsége a reziliencia szinttől függetlenül nem érez kiábrándultságot (8. sz. táblázat).

8. számú táblázat: A reziliencia és a kiábrándultság összefüggései

A reziliencia mértéke és a kiábrándultság összefüggései (%), N=152 (fő)		
p=0,87	Kiábrándult	Nem kiábrándult
Reziliens	16,3	83,8
Nem reziliens	15,3	84,7

Forrás: Saját szerkesztés

Összefoglalás

A vizsgált szakemberek rezilienciájának medián értéke 32, mely alapján elmondható, hogy a megkérdezett védőnők 52,6%-a a reziliens kategóriába sorolható. A reziliencia és az életkor között nem találtunk szignifikáns

összefüggést, de megállapítható, hogy a 60-69 éves korosztály esetén a legmagasabb a medián érték fölöttiek aránya (75,0%).

A reziliens szakemberek szignifikánsan magasabb arányban tapasztalnak mindennapjaikban több örömöt, mint bánatot ($p<0,001$), és a nehéz idők után is hamarabb térnek magukhoz ($p<0,001$). Ezzel szemben a medián érték alatti reziliencia hányadossal rendelkező egyének könnyen válnak türelmetlenné ($p=0,012$). A munkavégzés hatékonysága és a rugalmas lelki ellenálló képesség között is egyértelmű az összefüggés, a munka során rájuk nehezedő nyomást szignifikánsan magasabb arányban bírják jól a reziliens védőnők ($p=0,028$), azok pedig, akik kevésbé reziliensek, a munka után elhasználódottnak, fáradtnak érzik magukat ($p=0,006$).

Összegezve tehát elmondható, hogy a mintát alkotó 152 védőnő közel fele reziliens. A rugalmas lelki ellenálló képesség, a mentális jóllét és a kiégés szindróma közötti korreláció nyilvánvaló, melyet nem csak a szakirodalom, hanem az általunk vizsgált populáció is alátámaszt.

Következtetések és javaslatok

Az eredmények egyértelműen azt mutatják, hogy nagyobb hangsúlyt szükséges fektetni a mentális jóllét állapotának elérésére, fenntartására, illetve a lelki egészséget támogató készségek elsajátítására, magasabb szintre emelésére.

Az alacsonyabb reziliencia hányadossal rendelkező szakemberek megküzdési stratégiái kevésbé adekvátak a munkavégzés során felmerülő stresszorokkal szemben, mely hosszabb távon teljesítményromláshoz, motiváció csökkenéshez, sőt, akár fizika tünetekhez is vezethet. A védőnők a primer prevenció alapvető szakemberei, kiemelt jelentőségük van a családok életében, a felnövekvő generáció egészséges fejlődésében, éppen ezért nagyon fontosnak tartom, hogy a lehető legoptimálisabb testi-lelki állapotban álljanak társadalmunk szolgálatába.

Ennek alapján javasolt a védőnői hivatást folytatók reziliencia felmérését országos kiterjesztésben elvégezni, majd az értékeket figyelembe véve olyan intervenciókat kidolgozni, amelyek célzottan a reziliencia fejlesztésére irányulnak. Akár a rendszeres továbbképzések és szakmai értekezletek keretén belül fontos lenne tréningek biztosítása, mely során a pszichológusok/ mentálhigiénés dolgozók bevonásával a pszichológiai rugalmasság fejlesztése megtörténne. A reziliens szakemberek a munkavégzésük során sokkal produktívabbá válhatnak, kevesebb betegszabadságra lesz szükségük és fokozódik munkahelyi elégedettségük, melyek mind-mind pozitívan hatnak az

elköteleződésükre. Ezzel nem csak a kiégés szindróma, illetve a pályaelhagyás válik elkerülhetővé, hanem individuális tekintetben is egy sokkal kiegyensúlyozottabb élet lehetősége tárul a mentális jóllétükre időt, energiát fordító egyének elé.

Felhasznált irodalom

1. Ádám Szilvia; Dombrádi Viktor, Mészáros Veronika; Bányai Gábor; Nistor Anikó Mária; Bíró Klára (2020): Az Oldenburg Kiégés Kérdőív és rövidített változatának összehasonlító elemzése. In: Ideggyógyászati Szemle, 73 (7–8). 231–240.
2. Block J. H., Kremen A. M. (1996): IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness. In: Journal of Personality and Social Psychology, 70 (2). 349–361.
3. Bogó Rozália; Krokovay Nóra; Nagy Katalin (2020): A munkaerőhiány lehetséges kezelés módjai az egészségügyi és szociális ágazatban. 30-34.
4. Bordás Andrea (2010): A kiégés szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. In: Educatio, 2010/4. 666–672.
5. Campbell-Sills, L., Stein M. B. (2007): Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC): validation of a 10-item measure of resilience. In: Journal of Traumatic Stress, 20 (6), 1019–1028.
6. Connor K. M. , Davidson J. R. T. (2003): Development of a new resilience scale: the Connor Davidson Resilience Scale (CDRISC). Depression and Anxiety, 18 (2), 76-82.
7. Cooper C. L.; Davidson M. (1987): Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments. In: Kalimo, R., El-Batawi, M. A. and Cooper, C. L. (eds.). Psychosocial factors at work and their relation to health. 99-123.
8. Deutsch Szilvia; Fejes Enikő; Kun Ágota; Medvés Dóra (2015): A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. In: Alkalmazott Pszichológia 2015, 15(2):49-71.
9. Erdei Renáta (2021): Reziliencia és iskolakezdés. Doktori (PhD) disszertáció. Budapest.
10. Fényes Hajnalka (2009): Nemek szerinti iskolai eredményesség és a férfihiány hipotézis. Magyar Pedagógia, 109 (1), 77-101.
11. Freudenberger, H. J. (1974): Staff burnout. In: Journal of social issues. 159–165.
12. Gáti Ferenc (1982): Nevelési ártalmak a családban. In: Gyermekvédelem az iskolában. Budapest, Tankönyvkiadó

13. Gyulai Anikó; Árváné Egri Csilla.; Fogarasi-Grenczer Andrea.; Jávorné Erdei Renáta; Karácsony Ilona; Kissné Dányi Éva; Tobak Orsolya.; Kispéter Lászlóné (2021): A védőnők pályaelhagyásának vizsgálata. In: IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja – Tudományos folyóirat. 9-15.
14. Hüse Lajos; Ceglédi Tímea (2018): „Érett dió is lehetek" - A megterhelő életesemények és a reziliencia hatása az iskola pályafutásra. Nyíregyháza, Evangélikus Roma Szakkollégium.
15. Kádár Annamária (2013): Mesepszichológia. Az érzelmi intelligencia fejlesztése gyermekkorban. Budapest, Kulcslyuk kiadó.
16. Járai Róbert; Vajda Dóra; Hargitai Rira; Nagy László; Csókási Krisztina; Kiss Enikő Csilla (2015): Connor-Davidson reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. In: Alkalmazott Pszichológia 2015, 15(1):129–136.
17. Klein Sándor (2002): Vezetés- és szervezetpszichológia. Budapest, Edge 2000 Kiadó.
18. Kopp Mária (2008): Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. In: Magyar Lelkiállapot, Budapest, Semmelweis Kiadó
19. Kövesdi Andrea (2017): Reziliencia a serdülőkori anorexia nervosaban. Doktori (PhD) disszertáció. Pécs.
20. Masten A. S.; Herbers J. E.; Cutuli J. J.; Lafavor T. L. (2008): Promoting Competence and Resilience in the school Context. In: Professional School Counseling, 12(2), 76-84.
21. Pines A.; Aronson E.; Kafry D. (1981): Burnout – From tedium to personal growth. New York, Free Press.
22. Ribiczey Nóra (2008): A rizikótényezőktől a protektív mechanizmusokig: a reziliencia fogalmának alakulása a pszichológiában. In: Alkalmazott Pszichológia, 10(1–2), 161–171.
23. Rutter, M. (2006): Implications of resilience concepts for scientific understanding. Resilience in children. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 1094, 1–12.
24. Selye H. (1956): The stress of life. McGraw-Hill, New York, NY
25. Selye János (1976): Stressz distressz nélkül. Budapest, Akadémia kiadó

26. Stauder Adrienne (2014): Stressz és stresszkezelés. In: Kállai János; Varga József; Oláh Attila (szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 153-177.
27. Szokolszky Ágnes; V. Komlósi Annamária. (2015): A „reziliencia-gondolkodás" felemelkedése - ökológiai és pszichológiai megközelítések. In: Alkalmazott Pszichológia, 15 (1), 11–26.
28. V. Komlósi Annamária; Richter Júlia (2015): Az egyéni és közösségi reziliencia kapcsolata a vörösiszap-katasztrófa tapasztalatainak fényében. In: Alkalmazott pszichológia, 15(1), 61–76.
29. Vargha András; Zábó Virág; Török Regina; Oláh Attila (2020): A jóllét és a mentális egészség mérése: a Mentális Egészség Teszt. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 21 (2020) 3, 281–322.
30. Warr P. (1987): Work, unemployment, and mental health. Oxford, Oxford University Press.
31. WHO (2020): Stressz idején tegyük azt, ami számít: illusztrációkat tartalmazó útmutató. Egészségügyi Világszervezet. Európai Regionális Irodája.

A prekaritás előfordulása a magyar fiatalok körében – a Magyar Ifjúság Kutatások tapasztalatai

Fónai Mihály[1], R. Fedor Anita[2]

[1]ny. egyetemi tanár, Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori iskola, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, ORCID 0000-0003-1896-9883
[2]általános és tudományos dékánhelyettes, intézetigazgató, egyetemi tanár, DE ETK Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., ORCID: 0000-0002-7837-7006

INFO

Fónai Mihály
fonai.mihaly@arts.unideb.hu

Keywords
precarity,
youth research,
risk factors

ABSTRACT

The study analyses the prevalence of precarity among young Hungarians between 2012 and 2020. The first half of the period under study marks the end of the bubble crisis, followed by rapid economic growth in Hungary, reducing the prevalence of precarity among young people. Precarity is a more general social and, more narrowly, labour market insecurity. The crisis of the welfare societies in the 1980s and the subsequent neoliberal era brought changes in the functioning of the economy and the labour market, in the way employment is organised, with flexible forms of employment (e.g. part-time, temporary). These phenomena were particularly prevalent among young people, women, older people, ethnic groups and immigrants, which is why the study examines precarity among young people. Those who fall into precariousness are likely to represent a new class of the precariat.
The study is based on a secondary analysis of the Hungarian Youth Research databases. The results confirm the claims of the literature, i.e. young people, women, Roma, people from low-status families and rural people are most at risk of precarity.

Kulcsszavak
prekaritás,
ifjúságkutatás,
rizikótényezők

A tanulmány a prekaritás előfordulását elemzi a magyar fiatalok körében, 2012 és 2020 között. A vizsgált korszak első fele a buborékválság végét jelenti, amit Magyarországon is egy gyors gazdasági növekedés követett, csökkentve a prekaritás előfordulását a fiatalok körében. A prekaritás egy általánosabb társadalmi, és szűkebben vett munkaerőpiaci bizonytalanságot jelent. A jóléti társadalmak 1980-as évekbeli válsága és az ezt követő neoliberásli korszak hozott változást a gazdaság és a munkaerőpiac működésében, a foglalkoztatás módjában, rugalmas foglalkoztatási formákat kialakítva (pl. részmunka, határozott idejű alkalmazás). E jelenségek különösen a fiatalok, a nők, az idősek, az etnika csoportok és a bevándorlók körében érvényesültek, ezért is vizsgálja a tanulmány a prekaritást a fiatalok körében. A prekár léthelyzetbe süllyedők nagy eséllyel a prekariátus, mint új osztály csoportjait jelentik.
A tanulmány a Magyar Ifjúságkutatások adatbázisainak a másodelemzésén alapul. Az eredmények igazolják a szakirodalmi állításokat, azaz a fiatalok, a nők, a romák, az alacsony státuszú családokból érkezők, és a vidékiek érintettek leginkább a prekaritás rizikójával.

Ez a tanulmány a Magyar Tudomány Ünnepe konferencián, Nyíregyházán. Egészségtudományi Kar, 2024. november 8. elhangzott előadás alapján készült.

Bevezetés

A prekariátus és a prekaritás az 1990-es évektől vizsgált társadalmi jelenségeket foglal magába. A jóléti társadalmak, a fordizmus válsága olyan jelenségeket indukált, melyek a foglalkoztatás és a munkaerőpiac radikális átalakulását hozták magukkal (Csoba 2022; Czirfusz, Ivanics és munkatársai 2019; R. Fedor 2021, Szépe 2012a, Szépe 2012b).

A második világháború utáni jóléti kapitalizmus az 1970-80-as években alakult át. Jellemzője egy neoliberális fordulat, mely a piaci szereplők közül a nagyvállalatok, majd globális vállalatok térnyeréséhez, és az állam szerepének a csökkenéséhez vezetett, beleértve a közkiadások csökkenését is. A munkaerőpiacon a „rugalmasság" jegyében átalakult a korábbi, biztos és határozatlan idejű foglalkoztatás, tért nyertek a részidejű és határozott idejű foglalkoztatási formák. Ezek kialakításában az egyes országok jogalkotása is aktívan részt vett. A „rugalmas" foglalkoztatási formák csökkentették ugyan a munkanélküliséget, ugyanakkor növelték a kiszolgáltatottságot és a bizonytalanságot, mely az eltelt időszak legjellemzőbb vonásává vált (Fónai és Fedor 2023, 2023b). Ezek a folyamatok az alulképzetteket, az időseket, a nőket, a bevándorlókat és a fiatalokat kifejezetten érzékenyen érintették. A kétezres évekre a kutatók egyrésze már úgy látta, hogy a prekár folyamatok által érintett társadalmi csoportok egy új osztályt, a prekariátust alkotják (Standing 2011, 2012). Tanulmányunkban a hazai ifjúságkutatások (Magyar Ifjúságkutatás 2012, 2016, 2020) adatainak a másodelemzésével arra törekszünk, hogy a prekár folyamatok érvényesülését megragadjuk a fiatalok körében. A prekár helyzet a fiatalok egynegyedét-egyharmadát érintette a vizsgált korszakban, különösen az alacsony társadalmi státuszú családokban élő és származó fiatalok körében.

Prekariátus és prekaritás

A prekaritás, mint társadalmi és munkaerőpiaci bizonytalanság, a nyolcvanas, kilencvenes évek óta áll a kutatók érdeklődésnek fókuszában (Szépe 2012a, 2012b, Tordai é.n., Fónai és R. Fedor 2023a, 2023b). Oka látszólag a foglalkoztatás átalakulása volt a nyugati társadalmakban – a mélyebb elemzések azt mutatták, hogy a „rugalmas" foglalkoztatási formák terjedése

összefüggésben van a *jóléti kapitalizmus válságával* és a neoliberális gazdaságpolitika terjedésével (Szépe 2012a, 2012b, 2016; Tallár 2014; Pogátsa 2015; Éber 2017). A válságra adott válasz lényegi elemei a munkaerőpiac „rugalmasításában", az atipikus foglalkoztatás gyors és széleskörű terjedésében ragadhatók meg (Eliosa 2018; Gauffin 2020). Ennek legfontosabb eleme a határozott idejű és részfoglalkoztatás volt, melyet a neoliberális társadalom-és gazdaságpolitika a válságra adott pozitív válaszként értelmezett. A legtöbb közpolitikai dokumentum és elemzés is pozitív kontextusban tárgyal ezekről a változásokról és jelenségekről, az atipikusként jellemzett foglalkoztatást a közgazdászok és a szociálpolitikusok egy része is pozitívan értékeli (Artner 2018). A korszak fő vonásává a *bizonytalanság* vált, mely legmegfoghatóbban a munkaerőpiaci bizonytalanságban ragadható meg, de egyben a korszak általános vonása is. A folyamat eredménye a *tartós bizonytalanság általános normává* alakulása, ami a munkaerőpiacon új típusú foglakoztatási formák és módok elterjedését eredményezte, így a prekár folyamatok leginkább ebben ragadhatók meg (például a részmunka, határozott idejű szerződés, távmunka, alkalmi munka). A *prekariátus* is az 1970-es évektől megfigyelhető társadalmi és munkaerőpiaci folyamatok következtében alakult ki, a kutatások is eben a kontextusban értelmezték (Szépe 2016).

Ahogy a prekár folyamatok (társadalmi és munkaerőpiaci bizonytalanság) létrejöttében, úgy a prekariátus kialakulásában is a jóléti társadalmak válsága, benne a kiszámítható, biztos bérmunkás lét átalakulása és megszűnése játszott nagy szerepet (Tallár 2014). A prekaritás létrejötte szorosan összefonódott a neoliberális politikai és ideológiai fordulattal melynek lényegi vonása a piac „szabadságának" érvényesítése. A változások neoliberális legitimációja azonban farizeus, hisz az állam eszközeit és intézményeit is igénybe veszi a „piaci szabadság" megteremtéséhez **(**jogi aktusok, adózási kedvezmények, a munkajog átalakítása). A prekariátus e folyamatok eredményeként létrejövő *társadalmi helyzet, állapot, több teoretikus szerint egy új, alakulóban lévő osztály*, melyről komoly vita folyik (a folyamat hazai recepciójának összefoglalását lásd: Fónai és Fedor 2023b).

A prekariátus, mint osztály

A prekariátus jelensége és fogalma körüli viták egyike a *prekariátus „osztályjellegéről"* szól (Candeias 2007; Bessant 2018) – a szerzők egy része, így Standing is amellett érvel, hogy minden heterogenitása ellenére az azonos alakító tényezők miatt a prekariátus osztály (class-in-the-making but not class-

for-itself, Standing 2011:7). Standing írásaiban elsősorban egy új (globális) osztálystruktúrát vázol fel, viszonylag kevés figyelmet fordít az "osztály" definiálásnak teoretikus kérdéseire. A *"hétosztályos" modellt* Standing további írásaiban valamelyest módosította, így 2014-es tanulmányában a következő osztályokat nevezte meg: plutocracy-elite, proficians, salariat, core (working class), precariat, lumpen-precariat (Standing 2014: 20, 2018:4).

Elemzéseiben a kialakuló prekariátus két, egymással összefüggő osztályvonását emeli ki. Az egyik, hogy prekariátus a kialakulóban lévő osztály rendszer „veszélyes osztálya" („dangeorus class"), mely a társadalmi átalakulást előre viheti. Standing nem fogadja el azt, hogy a prekariátus, mint „veszélyes osztály", „lumpenproletár" lenne, erre legfeljebb a globális kapitalizmus akarja kényszeríteni a munka új normáinak elfogadtatása miatt. Potenciálisan *a prekariátusba, mint létrejövőben lévő osztályba* (Standing 2012) süllyedéssel fenyegetett társadalmi csoportok: nők, fiatalok, idősek, etnikai kisebbségek tagjai, segélyigénylők, kriminalizáltak és migránsok.

Módszer és minta, limitációk

Tanulmányunk a Magyar Ifjúságkutatás adatbázisainak a másodelemzésén alapul. A nagymintás ifjúságkutatás 2000 óta, négyévente folyik Magyarországon (adatfelvételenként 8000 fő bevonásával). A 15- 29 évesek körében felvett, korra, nemre, iskolai végzettségre, településtípusra, lakhelyre (járás/város) reprezentatív adatok szolgálják az ifjúság élethelyzetének megismerését, a fiatalok életmódbeli változásainak (Székely 2024). A 2000 óta folyó ifjúsági adatfelvételek során az alkalmazott kérdőívek jelentős mértékben változtak, ez az adatbázisok összehasonlító elemzésének egyik limitációja. Emiatt a leginkább összehasonlítható 2012-es, 2016-os és 2020-as adatfelvétel eredményeit vetjük össze. A prekariátus kockázatát a szakirodalom alapján a *munkaszerződés típusával operacionalizáltuk* (határozott idejű alkalmazás, eseti megbízás, alkalmazottként számlát ad, bejelentés nélküli alkalmazás).

Kutatási kérdésünk a következő: mennyire elterjedt a prekaritás a magyar fiatalok körében, és milyen szocio-demográfiai, valamint foglalkoztatási jellemzők, tényezők (változók hatnak a prekaritásra).

Eredmények

Kutatási kérdésünk a szakirodalom által definiált „prekaritás" elterjedtségére vonatkozik a magyar fiatalok körében – ez szorosan összefügg azzal, hogy a

prekariátus elméletek Standing nyomán (2011) az ifjúságot olyan csoportként kezelik, melyet a társadalmi és a munkaerőpiaci bizonytalanságok kifejezetten érintik, körükben erős a kockázata a prekariátusba való lesüllyedésnek. A prekaritást, illetve a prekaritás kockázatát a munkaszerződés típusával mértük, a kialakított (rekódolt) prekaritás változóba nem vontuk be a „részmunkaidő" változót (ez indokolt lehet), ám a kialakított változó így is alkalmas a prekaritás mérésére. A vizsgált mintákban a teljes munkaidőben foglalkoztatott fiatalok vannak többségben (2012: 80,6%, 2016: 84,5%, 2020: 86,2%). A részmunkaidős foglalkoztatás és a munkaerőpiaci prekaritás között szoros kapcsolat van, ezt mutatja az 1. táblázat is.

1. táblázat: A prekaritás előfordulása a foglalkoztatás típusa szerint, %

	2012	2016	2020
Részmunkaidőben	67,1	63,0	69,3
Teljes munkaidőben	28,0	27,6	16,0

Forrás: MIK. 2012: p=,000 N=4860; 2016: p=,000 N=5357; 2020: p=,000 N=5407

A részmunkaidő a prekaritást alakító tényező, így, ahogy arra utaltunk, erős összefüggése a munkaszerződés típusa alapján operacionalizált „prekaritással" indokolt. Hatása időben sem csökkent, ugyanakkor a teljes munkaidőben foglalkoztatottak körében a munkaszerződés típusával operacionalizált „prekaritás" súlya csökkent, azaz a teljes munkaidőben foglalkoztatottak inkább dolgoznak határozatlan idejű munkaszerződéssel. Az adatok azt mutatják, hogy a buborékválság hatásának csökkenése és a gazdasági növekedés felgyorsulása hatékonyan csökkentette a prekár jellegű foglalkoztatást a fiatalok körében, és növelte a teljes munkaidős foglalkoztatást. A fiatalok mellett a prekaritás egyik csoportját a nők jelentik, kérdés, hogy ez a vizsgált korcsoportban hogyan érvényesül (2. táblázat).

2. A prekaritás előfordulása nemek szerint, %

	2012	2016	2020
Férfi	33,4	33,1	22,4
Nő	32,4	30,0	22,6

Forrás: MIK. 2012: N=4860; 2016: N=5357; 2020: N=5407

Bár a különböző adatfelvételi években nem érvényesült szignifikáns különbség a fiatal nők és férfiak között a prekár foglalkoztatást illetően, az a várakozás, hogy a nők körében magasabb lesz a prekaritás előfordulása, nem igazolódott, a két nem körében közel hasonló a prekár helyzet előfordulása. A prekár

foglalkoztatás, munkaerőpiaci helyzet azonban, érthető módon, alakítja a szubjektív biztonságérzetet, a munka biztonságának megítélését (3. táblázat).

3. táblázat: Mennyire érzi biztosnak a munkáját (ötfokozatú skálaátlag, 1= egyáltalán nem biztos)

	2012	2016	2020
Prekár helyzetű	2,98	2,82	3,39
Nem prekár helyzetű	3,48	3,48	3,73

Forrás: MIK. 2012: sig:,000 N=3084; 2016: sig:,000 N=5008; 2020: sig:,000 N=5324

A prekár helyzetű fiatalok kevésbé érzik biztosnak a munkájukat. Ugyanakkor a gazdasági fellendülés az ő körükben is növelte munkájuk biztonságának az érzetét, sokkal inkább, mint az egyébként nem prekár helyzetűek esetében. Ez hipotetikusan arra is felhívja a figyelmet, hogy a foglalkoztatás különböző formái elfogadottak, valószínű, hogy végbement egy kényszeradaptáció ezek elfogadásában és megítélésében, hisz, ha a fiatal munkavállalók egynegyede, egyharmada atipikus foglalkoztatásban vesz részt, ezek a foglalkoztatási formák, minden bizonytalanságuk ellenére, „normálissá" váltak. A prekár foglalkoztatásra a hazai települési lejtőnek is komoly hatása van (4. táblázat).

4. táblázat: A prekaritás előfordulása településtípusok szerint, %

	2012	2016	2020
Budapest	26,7	26,3	18,2
Megyeszékhely	31,6	31,8	19,8
Város	33,4	29,7	23,6
Falu	36,4	36,1	25,0

Forrás: MIK. 2012: p=,000 N=4860; 2016: p=,000 N=5357; 2020: p=,002 N=5407

A településtípusok között a „települési lejtő" hatása érvényesül (Czibere, 2012), a gazdasági növekedés vázolt időbeli hatása mellett. Budapest kivételével valamennyi településtípus esetében hasonló mértékű javulás figyelhető meg, azaz lényegesen csökkent a prekatitás előfordulása a fiatalok körében. A főváros esetében a kedvezőbb mutató miatt is kisebb a prekár foglakoztatás arányának a csökkenése. A „települési lejtő" különbségei azt mutatják, hogy viszonylag jelentős az esélyek különbsége a tipikus kontra atipikus foglalkoztatást (a prekaritást) illetően a településtípusok között. Ugyanakkor fontosnak tartjuk annak a kiemelését (bár ennek vizsgálatával jelen tanulmányban részletesen nem foglalkozunk), hogy mennyire tartják önként választható és pozitív opciónak a fiatalok a foglalkoztatás rugalmas formáit, különösen a pandémia alatt elterjedt on-line, home office

foglalkoztatási formák esetében (ennek átfogó kutatására még nem került sor, a Diplomás Pályakövető Rendszer keretében érintették a témát). E tanulmány 3. táblázata is azt mutatja, hogy 2020-ra még a prekaritás által érintett fiatalok is kevésbé érezték bizonytalannak a munkájukat.

Erre az életkori csoport is hat (2012-ben erre nincs adat) (5. táblázat).

5. táblázat: A prekaritás előfordulása az egyes korcsoportokban, %

	2016	**2020**
15-19 éves	49,1	51,6
20-24 éves	35,4	25,5
25-29 éves	25,6	15,1

Forrás: MIK. 2016: p=,000 N=5356; 2020: p=,000 N=5407

A fiatalabb korcsoportok végzettsége alacsonyabb, ez is magyarázhatja a körükben előforduló magasabb prekár jelenségeket. Az adatok azt mutatják, hogy a NEET-jelenség (Sánta, 2018) is érvényesül a fiatalok körében, különösen a legfiatalabbak esetében. A másik két korcsoportban a prekaritás lényeges csökkenése tapasztalható. Ez arra is felhívja a figyelmet, hogy a potenciális ifjúsági prekár csoportokon belül a legsérülékenyebbek a 15-19 évesek, akik jelentős része (ha prekár helyzetű) egyben nagy valószínűséggel NEET-es is, ez az oktatási és foglalkoztatáspolitikai programok szempontjából lényeges. Szorosan összefügg ezzel az etnikai hovatartozás is (6. táblázat), hisz a roma fiatalok esetében alacsonyak az iskolai végzettségi és foglalkoztatási mutatók.

6. táblázat: A prekaritás előfordulása etnikai hovatartozás szerint, %

	2012	**2016**	**2020**
Roma	60,2	62,4	51,6
Nem roma	31,2	30,4	21,3

Forrás: MIK. 2012: N=4860 2016: N=5357; 2020: N=5407

A romák körében a prekaritás előfordulása kétszerese a nem romák körében detektáltnál, ami nagyon komoly különbség, és a különböző kirekesztettségek eredménye és mutatója is. Ez összefügg az iskolai végzettségükkel és a munkaerőpiaci esélyeikkel is. A korszak végén beinduló gazdasági növekedés sokkal kisebb mértékben csökkentette körükben a prekaritásnak való kitettséget, hisz még a gazdasági növekedés utolsó évében is a roma fiatalok több, mint fele prekár helyzetű volt. Ez igazolja Standing (2011) állítását, mely szerint a prekariátus egyik csoportját az etnikai kisebbségekhez tartozók

jelentik. Az etnikai hovatartozás mellett az iskolai végzettség gyakorol még nagy hatást a prekaritás előfordulására (2012-ben erre nincs adat) (7. táblázat).

7. táblázat: A prekaritás előfordulása, legmagasabb iskolai végzettség szerint, %

	2016	2020
Legfeljebb 8 osztály	62,0	56,0
Szakmunkás	27,9	15,7
Érettségi	28,0	19,6
Diploma, PhD	22,7	13,3

Forrás: MIK. 2016: p=,000 N=5356; 2020: p=,000 N=5407

Az iskolai végzettség jelentés védettséget jelent a prekaritással szemben, ugyanakkor még a legmagasabb végzettségű csoportban sem elhanyagolható a prekaritás előfordulásának a gyakorisága (ehhez lásd: Fónai és Fedor 2023a). A gazdasági fellendülés a magasabb végzettségűek körében jelentősen csökkentette a prekaritás kockázatát, ugyanakkor a csak érettségizettek körében kisebb mértékű a csökkenés, ez a magyar munkaerőpiac keresleti oldalával is magyarázható (jelentős a kereslet a szakmunkásokra). A diplomások körében és a szakmunkások körében megfeleződött a prekaritás előfordulása, a szakmunkás végzettségűek csaknem hasonlóan kedvező helyzetben vannak, mint a diplomások. A legfeljebb nyolc osztályt végzettek esetében a prekaritás előfordulása nagyon magas, még a fellendülés utolsó évében is több, mint felük prekár helyzetű volt. A különböző szocio-demográfiai változók hatása összegződik is, az alacsonyan képzett, vidéken élő, roma származású 15-19 évesek azok, akiknek a foglalkoztatására a „rugalmas" munkaerőpiaci eljárások a jellemzőek – ez a szülők iskolai végzettségével is szoros kapcsolatot mutat (2012-ben erre nincs adat) (8. és 9. táblázat).

8. táblázat: A prekaritás előfordulása, anya legmagasabb iskolai végzettsége szerint, %

	2016	2020
Legfeljebb 8 osztály	47,1	39,6
Szakmunkás	27,1	17,6
Érettségi	27,0	19,3
Diploma, PhD	31,1	27,0

Forrás: MIK. 2016: p=,000 N=5358; 2020: p=,000 N=5407

A szülők iskolai végzettsége a család társadalmi státuszának egyik fontos mutatója, hisz a magasabb végzettségűek munkaerőpiaci pozíciói kedvezőbbek, és jövedelmük magasabb. Mivel az elmúlt évtizedben az anyák végzettsége már meghaladja az apák végzettségét, az anyák végzettsége a korábbiaknál nagyobb hatást gyakorol a családok státuszára. A fiatalok körében a gazdasági fellendülés időszakában általában csökkent a prekaritás rizikója, ugyanakkor ez kevésbé érvényes az alacsonyabb végzettségű és alacsonyabb státuszú családokból érkezőkre. Nehezen magyarázható a magas végzettségű anyák gyerekei körében megfigyelhető magasabb prekritási mutató, ez valószínűleg már a pandémia előtt is jellemző, ebben a társadalmi csoportban preferáltabb, önkéntes rugalmasabb munkavállalással függhet össze, erről viszont nincs információnk. Az érintett fiatalok esetében ugyanis azt láttuk, hogy a diploma véd a prekaritástól, ehhez képest a szülők iskolai végzettsége esetében ez a hatás kevésbé érvényesül – ez egy olyan jelenség, aminek a magyarázatával még adósak vagyunk, hipotetikusan azt állítjuk, hogy a magas státuszú családokból érkezők körében az önkéntes rugalmas munkavállalás jellemzőbb lehet (a foglalkozási, szakmai struktúra miatt is), de ez csak részben magyarázza a jelenséget.

9. A prekaritás előfordulása, apa legmagasabb iskolai végzettsége szerint, %

	2016	2020
Legfeljebb 8 osztály	50,2	39,9
Szakmunkás	28,6	17,4
Érettségi	27,4	20,5
Diploma, PhD	27,6	26,9

Forrás: MIK. 2016: p=,000 N=5358; 2020: p=,000 N=5407

Részben a vázoltakból is következhet, hogy a családok szubjektíve érzékelt anyagi helyzetének a megítélésében sem tapasztalható lényeges különbség (10. táblázat).

10. táblázat: Összességében hogyan érzi, Önök anyagilag hogyan állnak (ötfokozatú skálaátlag, 1=gondok nélkül élnek)

	2012	2016	2020
Prekár helyzetű	2,97	2,75	2,56
Nem prekár helyzetű	2,65	2,42	2,28

Forrás: MIK. 2012: sig:,000 N=4577; 2016: sig:,000 N=5017; 2020: sig:,000 N=1117

Mindkét csoport esetében a szubjektív önbesorolás alapján javulás tapasztalható a családok anyagi helyzetében, ettől függetlenül a különbség, bár szignifikáns, de nem lényegesen eltérő. Ez részben összefügg korábbi állításunkkal is, mely szerint a 2014 (Magas 2019) utáni gazdasági fellendülés (mely a pandémiáig tartott), csökkentette a prekár foglalkoztatás mértékét, egyúttal javította a családok gazdasági, anyagi helyzetét, ami még a bizonytalan foglalkoztatás ellenére is befolyásolta az anyagi helyzet szubjektív megítélését.

Összegzés

Kutatási kérdésünk arra vonatkozott, hogy a prekaritás jelen van-e a magyar fiatalok körében. Az eredmények azt mutatják, hogy a munkaerőpiaci bizonytalanság valóban érvényesül a magyar fiatalok körében: 2012-ben a fiatalok 33%-a, 2016-ban 31,7%-a, 2020-ban pedig 22,5%-a volt prekár helyzetben. Ez valós veszélyt jelent azt illetően, hogy a fiatalok egyes csoportjai ténylegesen belesüllyedhetnek a prekariátusba, mint alakuló új osztályba.

Eredményeink azt mutatják, hogy az alacsony iskolai végzettség, az életkor, a roma etnikumhoz tartozás, a települési lejtő, és a szülők iskolai alacsony iskolai végzettsége hat leginkább a prekár helyzet kialakulására. Emellett a gazdasági helyzet és a munkaerőpiac, valamint a foglalkoztatás módja és lehetőségei is alakítják a prekariátus rizikóját. A vizsgált időszak első fele a buborékválság korszaka, míg 2014-től egy gyors gazdasági fellendülés ment végbe Magyarországon is, ami elemzésünk alapján lényegesen csökkentette a prekaritás előfordulását a magyar fiatalok körében.

Felhasznált irodalom

1. Artner Annamária (2018): Aggasztó tendenciák az Európai Unió munkaerőpiacán Statisztikai Szemle, 96 (4) 341–374.
2. Bessant, J. (2018): Young Precariat and a New Work Order? A Case for Historical Sociology, Journal of Youth Studies http://dx.doi.org/10.1080/13676261.2017.1420762. Letöltés: 2023 január 5.
3. Candeias, M. (2007): Unmaking and Remaking of Class: The „Impossible" Precariat between Fragmentation and Movement. Policy Paper 3. 1-12
4. Csoba, J. (2022): Managing the unemployment in Hungary. Metszetek, 11 (4.) 78-90.
5. Czibere Ibolya (2014): Települési és regionális egyenlőtlenségek a 18-29 éves ifjúsági korosztály körében: munkaerőpiac – jövőtervezés – érvényesülés. In: Nagy Ádám, Székely Levente (szerk.): Másodkézből. Magyar Ifjúság 2012. ISZT Alapítvány – Kutatópont, 45-71.
6. Czirfusz Márton, Ivanics Zsófia, Kovai Cecília & Meszmann Tibor (2019): A magyarországi munkásság a hosszú lejtmenetben. Fordulat, 26. 142-170.
7. Éber Márk Áron (2017): Rossz fizetés, létbizonytalanság–terjed a prekariátus. Új Egyenlőség, 2017.02.13.
8. Eliosa, B. (2018): Historicizing Precarious Work: Forty Years of Research in the Social Sciences and Humanities. IRSH 63, 273–319.
9. Fónai, M., & Fedor, A. R. (2023a). Phenomena of precarity among young graduates – Hungarian case study. Economics and Sociology, 16 (2), 107-122.
10. Fónai Mihály és R. Fedor Anita (2023b): A prekaritás és a prekariátus hazai recepciójának néhány vonása. Kultúra és Közösség, 3. 65-88.
11. Gauffin, K. (2020): Precariousness on the Swedish labour market: A theoretical and empirical account. The Economic and Labour Relations Review, Sage Journalist, 31. 1–20.
12. Magas István (2019): Tíz évvel a világgazdasági válság után. Retrospektív elemzés. Pénzügyi Szemle, 1. 94-110.

13. Pogátsa Zoltán (2015): Az Északi Modell relevanciája. Eszmélet 27 (108), 189-201.
14. R. Fedor Anita (2021): Regional charasteristics of the precariat on the labour market. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press.
15. Sánta Tamás (2018): Integrációs dilemmák a magyarországi NEET populációval kapcsolatban. Belvedere Meridionale, 30 (1)127–145.
16. Standing, G. (2011): The Precariat: London,The New Dangerous Class. Bloomsbury Academic.
17. Standing, Guy 2012 The Precariat: From Denizens to Citizens? Polity , Deepening Democracy , October 2012, Vol. 44, No. 4, pp. 588-608.
18. Standing, G. (2014): "Denizens and the precariat." A Precariat Charter: From denizens to citizens. London Bloomsbury Academic, 1–32. Bloomsbury Collections. Web. 12 Jun. 2021
19. Székely Levente (2024): The History of the Hungarian Large Sample Youth Survey. Review of Sociology 34 (2) 6–2.
20. Szépe András (2012a): Prekariátus – Miért pont most és miért pont itt? Fordulat, 19. 10-27.
21. Szépe András (2012b): A prekaritás jelenségének vizsgálata az individuumszociológiák felől közelítve. Replika, 79. (2) 91–102.
22. Szépe András (2016): A prekariátus fogalmának kialakulása és egy lehetséges újragondolása. Doktori értekezés. ELTE Szociológiai Doktori Iskola, Budapest.
23. Tallár Ferenc (2014): A proletariátustól a prekariátusig és tovább… Eszmélet, 26. (102)70-95.
24. Tordai Bence. (é.n.): A prekariátus fogalmáról.
    https://www.academia.edu/8358321/Tordai_Bence_A_prekariatus_fogalmarol. (Letöltés ideje: 2016. november 9.)

Az aktív állampolgársághoz szükséges attitűdök és viselkedési mintázatok

Toldiné Bélteki Andrea[1]

[1]ügyvivő-szakértő, PhD hallgató, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, 4400, Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., Magyarország. ORCID: 0000-0001-7154-4441

INFO

Toldiné Bélteki Andrea
toldine.andrea@etk.unideb.hu

Keywords
young people living in Nyíregyháza,
civic engagement,
attitudes, behaviors

ABSTRACT

Citizen participation in public life and political decision-making is essential in democratic systems, Knowledge, values, attitudes as well as behaviors are necessary to change the attitudes of passive observers to be committed, responsible citizens and to facilitate individuals' active participation in social, political and community processes. A research study of 14 to 19-year-old high school students using a questionnaire was recently conducted in Nyíregyháza. One of its parts focused on the public activity of young people living in the city, aimed to find what roles attitudes and behaviors play in actual public engagement. The research, based on a study, specifically studied attitudes and behaviors related to civic engagement. The analysis of the results of the 373 questionnaires is in progress.

Kulcsszavak
nyíregyházi fiatalok,
közéleti aktivitás,
attitűd,
viselkedés

A demokratikus rendszerekben alapvető az állampolgárok részvétele a közéletben és a politikai döntéshozatalban. Ahhoz, hogy az egyének passzív megfigyelőkből elkötelezett, felelősségteljes állampolgárokká váljanak, szükség van olyan tudásra, értékekre, attitűdökre és viselkedési formákra, amelyek elősegítik az egyének aktív részvételét a társadalmi folyamatokban. A közelmúltban a 14- 19 éves nyíregyházi középiskolások körében zajlott kérdőíves kutatás a városban élő fiatalok közéleti aktivitására fókuszáló blokkja arra keresi a választ, milyen szerepe van az attitűdöknek és viselkedési formáknak a tényleges közéleti szerepvállalásban. A közéleti aktivitással kapcsolatos kutatás egy, a polgári elkötelezettséggel kapcsolatos attitűdöket és viselkedést vizsgáló skálára épül. A 373 beérkezett kérdőív eredményeinek elemzése folyamatban van.

Ez a tanulmány a Magyar Tudomány Ünnepe - Tudományos tanácsadás a társadalom szolgálatában című konferencia keretében elhangzott előadás alapján készült.

Bevezetés

„Az Európai Unió olyan polgárokat igényel, akik képesek megküzdeni a korunkat jellemző bizonytalanságokkal, ugyanakkor érzékenyek szűkebb és tágabb közösségük problémáira is” (Gáti 2010a:3).

Manapság a közéleti aktivitás és a politikai aktivitás sokszor egymás szinonimájaként szerepel, holott a két fogalom nem ugyanazt jelenti. „Az állampolgári kultúra a politikai kultúrától elválaszthatatlan, de annál szélesebb fogalom, amely az állampolgárnak a társadalomhoz való egész viszonyát, társadalmi magatartása egészét jellemzi" (Szabó I. és Örkény 1997:32). A közéleti aktivitásba beletartoznak olyan tevékenységek is, mint a szavazás, tiltakozásokon való fellépés, demonstrálás, diákönkormányzati szerepvállalás azaz a politikai részvétel különböző formái, de idetartozik a közösség életében, ifjúsági önkormányzatokban, társadalmi ügyekért folytatott kampányokban való részvétel is. Egy demokratikus ország állampolgára számára a kettő kéz a kézben jár, természetes számára, hogy a szavazásokon való részvétel mellett érdeklődést mutat társadalmi kérdések iránt, felelősséget érez környezete iránt és részt vesz az őt körülvevő közösség életében is.

Egy, a 2022/23-as tanévben zajlott, a Nyíregyházán élő 14-19 éves fiatalok körében végzett kutatás arra keresi a választ, hogy a középiskolások mennyit tudnak politikai- és szabadságjogaikról, milyen ismereteik vannak arról, hogy mi a demokrácia, mennyire ismerik a demokratikus kultúra értékeit, részt vesznek-e, illetve, ha igen, akkor milyen mértékben vesznek részt a közösség életében és melyek azok az aktivitások, amelyekkel motiválni lehet őket a közéleti szerepvállalás iránt. A kérdőív első része a demográfiai adatokra fókuszál, majd ezt követi a közéleti aktivitást és a demokráciaképet feltérképező blokk. A 374 fős minta nem tekinthető reprezentatívnak, ennek ellenére meglehetősen széles és használható információt adhat a nyíregyházi tizenévesek közéleti aktivitásáról és demokráciaképéről. Az adatok elemzése még folyamatban van.

Az, hogy ma a fiatalok milyen módon, mennyire aktívan vesznek részt a közélet alakításában, mit gondolnak a demokráciáról, mennyire fontos számukra, hogy egy demokratikus értékeken alapuló társadalom tagjai legyenek, rávilágít arra, hogy felnőttként mennyire lesznek nyitottak a közéleti kérdések iránt, milyen mértékben lesznek elkötelezettek, hogy aktív fellépésükkel hozzájáruljanak egy igazságos társadalom fenntartásához. Bánszegi Zsuzsa (2009) szerint az ifjúsági részvétel abban különbözik a társadalmi részvételtől, hogy a fiatalok a saját életük, a saját környezetük prizmáján keresztül szűrik ki az őket érintő problémákat, és innen jutnak el, innen nyitnak a szélesebb társadalmi ügyek felé, míg a politikusok, döntéshozók csak egészben látják a megoldásra váró ifjúsági ügyeket és csak

részben jutnak el a mélyebben meghúzódó, kisebb csoportokat érintő problémákig (Bánszegi 2009).

Egy plurális, sokszínű társadalomban sokféle érdek és vélemény ütközik, nem mindegy, hogy egy fiatal úgy nő fel, azt tekinti természetesnek, hogy számít mit gondol, hogy figyelembe veszik a véleményét, vagy hogy mások, a döntéshozók, a felnőttek, úgy döntenek az ő életét befolyásoló kérdésekben, hogy magát az érintettet meg sem kérdezik.

Módszer

Az összetettebb elemzések előkészítése során először az adatok tisztítására és a szükséges új változók kialakítására került sor. Az eljárás során tisztázni kellett az évfolyam és a kor kapcsolatát - az eltérő iskolatípusokban különböző jelölésekkel érkeztek válaszok. Ezen kívül dönteni kellett arról, hogy az elemzés a visszaérkező válaszok megoszlása miatt csak a gimnáziumi válaszadókat (361 fő) vegye figyelembe. A szakgimnáziumokból három fő, technikumokból pedig tíz fő válaszolt (összesen a minta 3,5 százaléka). Jelen dolgozat két fő eredményt mutat be: a válaszok egyenkénti megoszlásait (leíró statisztikai eredmények), valamint a nemek összehasonlítását kereszttáblákkal és függetlenségvizsgálatokkal.

Az számítások Excel és SPSS (V24) programcsomagokkal történtek, az alkalmazott hibahatár 0,05.

Eredmények

A kérdőív elemzése még folyamatban van, annyi azonban már leszűrhető az elemzésekből, hogy a különböző attitűdök szintjén a fiatalok 35%-a pozitívan fordul a társadalmi kérdések felé. Érdeklődnek a társadalmi kérdések iránt, képesnek érzik magukat aktívan részt venni a közösség életében. Csupán 17%-uk nem mutat érdeklődést az őket körülvevő közösség és környezet mindennapjai iránt. Ugyanakkor azok aránya, akik kijelentették, hogy ténylegesen tesznek is valamit a közösségért, csak 33%. Ez az arány azonban még mindig kétszerese azoknak a fiataloknak, akik nem tesznek semmit környezetükért. A nemek közti megoszlást tekintve elmondható, hogy a nők (36%) nagyobb valószínűséggel vesznek aktívan részt a közösség életben, mint a férfiak (30%). Amennyiben az attitűdöket vizsgáljuk – az érzéseket, hitet, meggyőződést, ki gondolja, ki érzi úgy, hogy tenni szeretne a környezetért -, akkor még nagyobb a különbség. Összehasonlítva a férfiak 24%-ával, a nők 48%-a gondolja úgy, hogy jó és fontos cselekedni az őket körülvevők

érdekében. Mind a férfiak, mind a nők szerint a legfontosabb az a meggyőződés, hogy mindenki felelősséggel tartozik a közössége iránt (62%) és az, hogy nyitottnak kell lenni a társadalmi kérdések iránt, tájékozottnak kell lenni a közösséget érintő dolgokban (74%). Az attitűdök közül a közösség szolgálata (37%) és a hit, hogy változást lehet létrehozni a közösségég életben (47%) volt a legkevésbé népszerű a fiatalok körében, de még így is azt lehet mondani, hogy ezek az értékek nem igazán alacsonyak. A közösség életében való konkrét szerepvállalás tekintetében a fiatalok többsége a pozitív változások létrehozására (47%) vállalkozik, de még ennél is nagyobb azoknak az aránya (65%), akik ténylegesen érdeklődnek és érzékenységet mutatnak a közösséget érintő ügyek, a társadalmi kérdések iránt. Ők azok, akik kiemelten fontosnak tartják, hogy jól informáltak legyenek a környezetüket érintő dolgokban. A legalacsonyabb azoknak az aránya volt, akik beszélgetnek a társadalmi felelősségvállalás fontosságáról (44%), és akik támogatják a jótékonysági szervezetek munkáját (44%).

Az önkéntes aktivitásokban való részvétel és a jótékonysági szervezetek pénzügyi támogatásának szükségességénél szignifikáns különbség volt kimutatható (mindkét nem esetében $p<0.05$). A viselkedés és cselekvés, az attitűdök tettekké való manifesztálódása tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott az önkéntes munkában való konkrét részvétel ($p = 0,03$), a közösség tagjainak segítése ($p = 0,025$) és a jótékonysági események szervezésében való részvétel ($p = 0,01$) különböző csoportjai között. A két nem közötti különbségek valószínűsíthetően a társadalmi normákból, társadalmi elvárásokból és lehetőségekből adódnak, nem pedig képességbeli különbségekből.

Állampolgárság és közéleti aktivitás

„Az állampolgár valamely állam tagja, akit az állam jogokkal és kötelezettségekkel ruház fel”, áll a 12. osztályosok számára készült Állampolgári ismeretek tankönyvben (Állampolgári ismeretek, 2022:16). Birzea (1996) az állampolgárságot az egyén és az állam közötti történelmi szerződésnek aposztrofálja (Birzea 1996). T. H. Marshall (1996) az állampolgárságot a közös civilizáció iránti lojalitáson alapuló közösséghez való tartozás közvetlen érzéseként definiálja (Marshall 1996). Az Európai Bizottság megfogalmazása szerint „Az aktív állampolgárság a polgári és politikai részvételhez való jogok megszerzésére és gyakorlására vonatkozó gyűjtőfogalom. Mint ilyen, magában foglalja az állampolgárságot és a

lakóhelyet, a (politikai) szervezetekben való tagságot, a szavazást, a tisztségért való indulást, az önkéntességet vagy a politikai tiltakozásban való részvételt*”*. (European Commission). Gáti Annamária (2010) amellett érvel, hogy az állampolgárság fogalma nem kötődhet csupán az állam fogalmához, függ attól, mit tartott, mit tart az adott kor, az adott politikai rendszer elfogadottnak, és ha napjaink szemléletét nézzük, akkor elmondható, hogy a fogalom mai értelmezése messze túlmutat a klasszikus politikai kötelezettség-vállalásokon. A mai állampolgár tudatos, vállalkozószellemű, tájékozott, részvétele nem korlátozódik csupán a politikai aktivitásokra, hanem aktív formálója szűkebb-tágabb közössége életének (Gáti 2010b).

Beszélhetünk jó állampolgárokról, aktív és passzív állampolgárokról. A jó állampolgárnak minden rendszerben ugyanazok az ismérvei: törvénytisztelő, adófizető szavazópolgár (Crick 2007). Az aktív állampolgár nemcsak ismeri a törvényeket, hanem az is érdekli, vajon a törvények jól működnek-e. Kritikát fogalmaz meg, vitázik, érvel (Ross 2012). A passzív állampolgárságnak sok oka, sok összetevője lehet. Megkülönböztethetünk el nem kötelezett (disengaged), illúzióvesztett (disillusioned) és a készenlétben álló (standby) állampolgárt. Az el nem kötelezetteket nem érdeklik a társadalmi kérdések, a politikát unalmasnak találják. De el nem köteleződésük fakadhat abból is, hogy ezek a kérdések egyszerúen csak nem ragadják meg a figyelmüket. Szemben ezzel a csoporttal, akiket leginkább apolitikusnak lehet nevezni, az illúziójukat vesztett állampolgárokra az anti-politikus jelző illik. Ők azok, akik kiábrándultak, elfordultak a politikától, elvesztették bizalmukat a politikai intézmények iránt. A legérdekesebb ebben a tipológiában a készenlétben állók csoportja. Ők látszólagos passzivitásuk ellenére figyelnek, naprakész információkkal rendelkeznek, csak éppen csendben vannak. Ám amikor úgy érzik, valami olyan történt, amiért érdemes kiállni, amiért érdemes hallatni a hangjukat, akkor habozás nélkül részt vesznek az eseményekben (Amnå és Ekman 2015).

Senki sem születik állampolgárnak, főleg nem aktív állampolgárnak. Az aktív állampolgárságra fel kell készülni, az aktív álampolgárságot tanulni kell, de ez a tanulási folyamat nem köthető konkrétan egy adott életszakaszhoz; az általános szocializáció során folyamatosan formálódik. A fiatalkornak azért van ebben a folyamatban kiemelt szerepe, mert ekkor alakulnak ki azok az attitűdök, azok a viselkedési minták, amelyek ahhoz a politikai rendszerhez kapcsolódnak, amelyben a fiatalok élnek és felnőnek.

Az állampolgárságnak vannak aktív és passzív elemei. A passzív elemek az attitűdök, amelyek cselekvés-, vagy viselkedésformákban tudnak aktivizálódni. De milyen is egy aktív állampolgár? Egyértelműen aktív: megvannak benne azok az ismeretek, készségek, értékek, identitások és attitűdök, amelyek segítségével tevékenyen tud részt venni a közösség életében, felismeri és reagál a közösség problémáira. Felelős: felelősséget tud vállalni saját tetteiért, ismeri jogait és kötelességeit. Demokratikus, azaz a demokrácia értékeit követi (Gáti 2010b). Az állampolgári részvétel megjelenhet egyéni és közösségi szinten. Az egyéni szint összekapcsolódik a felelős állampolgári viselkedéssel, hiszen az egyén felelősséget tud vállalni önmagáért és saját cselekedeteiért. A közösségi szint a közösség többi tagja iránti szolidaritást, egymás támogatását és közös normákon alapuló tevékenységeket jelent (Bánszegi 2009). Az egyéni és a közösségi tevékenységi formák kölcsönösen erősítik egymást, és a kettő együtt képes valódi társadalmi változást elérni. A szakirodalomban nincs egységes álláspont arra vonatkozólag, hogy melyek azok a konkrét tevékenységi területek, amelyeket aktív cselekedetként tudunk definiálni. Általánosságban elmondható, hogy ezek olyan magatartásformák és cselekedetek, amelyek célja a közösség, a társadalom vagy az ország életében való aktív részvétel, a közös ügyek előmozdítása és a demokratikus értékek erősítése. Kötődhetnek politikai részvételhez, mint pl. a szavazás, vagy közéleti vitában való részvétel, kapcsolódhat önkéntes tevékenységekhez, helyi és globális társadalmi problémák megismeréséhez, véleményformáláshoz, diákönkormányzati, iskolai szerepvállaláshoz stb. Az aktív állampolgárság több, mint politikai részvétel; a társadalmi felelősségvállalás és közösségi elkötelezettség különféle formáit is magába foglalja. Reisinger Adrienn (2017) hat csoportot különít el, és a csoportokon belül harminchárom olyan cselekedetet azonosít, amelyek kapcsolatba hozhatók az aktív állampolgársággal. A hat csoport a (1) civil szervezetekhez/jó ügyhöz kötődő aktivitás, (2) helyi önkormányzatokhoz kötődő aktivitás, (3) otthonról/netről végezhető aktivitás, (4) egyéni szinten felelős állampolgár, (5) helyi/országos történések figyelése, (6) politikai részvétel (Reisinger 2017).

Tudás, készségek, értékek és motivációk

Ahhoz, hogy valaki aktív tagja legyen a társadalomnak, elsősorban tudásra, készségekre, értékekre, attitűdökre és viselkedési mintákra van szükség. Ebből is látszik, hogy először az attitűdök jelennek meg, amelyek az elkötelezettség

alapját képezik. A magatartásminták, a tettek, a konkrét cselekvések csak ezután alakulnak ki (Neundorf és Smets 2016). Emellett kell, hogy legyenek célok is, amelyek eléréséhez elengedhetetlen a megfelelő motiváció. Veldhuis (1997) szerint ahhoz, hogy egy demokratikus ország állampolgára részt tudjon venni a politikai döntéshozás folyamatában, attitűdökre, készségekre és tudásra van szüksége (Veldhuis 1997). Erre rímel Thomas Erlich (2000) megfogalmazása, aki szerint a polgári elkötelezettség / közéleti aktivitás azt jelenti, hogy „meglévő tudásunkhoz, készségeinkhez olyan értékeket rendelünk hozzá, amely motiválja cselekedeteinket annak érdekében, hogy változást hozzunk a közösség életébe, és ezzel előmozdítsuk a közösség életminőségét mind politikai, mind nem politikai folyamatokon keresztül" (Erlich 2000).

Ha kiemeljük Erlich (2000) megfogalmazásának azt a részét, hogy „meglévő tudásunkhoz, készségeinkhez olyan értékeket rendelünk hozzá, amely motiválja cselekedeteinket annak érdekében, hogy változást hozzunk a közösség életébe" (Erlich 2000), akkor világosan látható, a tudás a közéleti aktivitás első komponense. De mit is jelent a tudás? Kerr (2009) szerint a tudás történelmi, alapvető állampolgári ismereteket jelent, a politikával és a közélettel kapcsolatos információkat, továbbá a jogok és kötelességek ismeretét feltételezi. A készségek magukban foglalják többek között a konfliktuskezelési, interkulturális kompetenciákat, kritikai gondolkodást, problémamegoldó képességet (Kerr 2009).

Ennek a tudásnak és ezeknek a készségeknek a birtokában meg lehet szűrni az információt, fel lehet ismerni a manipulatív tartalmakat, meg lehet különböztetni a tényeket a fake news-októl, meg lehet érteni a társadalom működési elveit és azokat a pontokat, ahol szükség van, szükség lehet beavatkozásra (Maiello, Oser és Biedermann 2003). Megalapozott tudás és megfelelő készségek birtokában az aktív állampolgár felelősséget tud vállalni tetteiért, bízhat abban, hogy helyesen cselekszik, és el tud érni, meg tud valósítani közösségi célokat. Ugyanakkor Ross (2012) véleménye szerint kizárólag a tudás csak alapot ad, nem motiválja az aktivitást. A passzív állampolgárok számára elegendő tudni és érteni a folyamatokat, de maga a tudás nem fogja arra késztetni őket, hogy aktív részesei legyenek az eseményeknek. A tettek felé vezető úton a tudás mellett szükség van az értékekre és a készségekre is (Ross 2012). A motivációs erővel bíró értékek a demokratikus értékrendszerhez kapcsolódó emberi jogokkal, toleranciával, a sokféleséggel, a jogállamisággal állnak összhangban (Kerr 2009). Az olyan

értékek, mint a közösségi felelősségérzet vagy a társadalmi igazságosság iránti elkötelezettség közéleti szerepvállalásra tudják motiválni az egyéneket.

Az, hogy ki, milyen aktívan és milyen mértékben vállal közéleti tevékenységet, függ a céloktól, a külső és belső, személyes, társadalmi, érzelmi, erkölcsi okoktól, indíttatásoktól. Ballard (2014) négy motivációs kategóriát különböztet meg. Az első csoportba az olyan személyes ügyek, vagy személyes problémák tartoznak, amelyek iránt a fiatalok érdeklődést mutatnak. A tizenévesek életében az igazságtalanság elleni fellépés, a különböző csoportok iránt érzett empátia nagyon komoly közösségi fellépést ösztönző erő lehet. A második motivációs csoportba a hit, azaz az a meggyőződés tartozik, hogy fontos a közéleti aktivitás, a közösségi életben való részvétel. Itt erős motivációs erővel bír a szolidaritás, az egyén felelősségének felismerése, a saját vagy közvetlen környezete érdekeinek védelme, a demokratikus értékekért való kiállás. A harmadik csoport azokat a motivációkat tartalmazza, amelyek az egyén saját fejlődését, saját céljainak elérését segítik elő. Ezek a motivációk eredhetnek az egyén saját érdekeiből, személyes felelősségérzetből, támogathatják saját értékrendjét, kiindulhatnak társadalmi elismerés megszerzése iránti vágyból, vagy akár abból a késztetésből, hogy az egyén új készségek fejlesztésével, tapasztalatszerzéssel segítse saját, személyes fejlődési céljait. Végül a negyedik kategóriában az jelenti a motivációt, ha az egyént valaki, vagy akár egy csoport állampolgári szerepvállalásra kér fel, meghív, megkér arra, hogy segítsen, támogasson valamilyen ügyet, közéleti aktivitást, álljon valamilyen közösségi cél mellé (Ballard 2014). A csoport, a társadalom, a környezet, egy közösséghez való tartozás és a közösség normái erősen befolyásolhatják, hogy a fiatal mennyire vonható be közösségi aktivitásokba. A közösség egyébként is kulcsszerepet játszik az egyéni közéleti aktivitás kialakításában és fenntartásában. Az emberek közötti kapcsolatok, a bizalom, a közös célok és a közösen tett erőfeszítések erősítik a társadalmi ügyek felé fordulás iránti elkötelezettséget és hosszú távon is képesek fenntartani a motivációt. Itt meg kell azonban jegyezni, hogy Hoskins (2006) annyiban vitába száll a társadalmi tőke elméletekkel, hogy az aktív állampolgárság nem a részvétel révén létrejött hálózatokra vonatkozik, ahogy a legtöbb társadalmi tőke elméletben olvasható, hanem a tényleges elkötelezettségre és a tényleges cselekvés révén elért társadalmi haszonra, mint például az elszámoltatható kormányzásra utal. Emellett feltételezi, hogy egy demokratikus társadalmon belül a társadalmi

tőke szintjével exponenciálisan nő az aktív állampolgárság szintje is (Hoskins 2006:463).

Attitűd és viselkedés

A kérdőíves kutatás közéleti aktivitást vizsgáló blokkjának központi kérdése arra keresi a választ, milyen szerepe van az attitűdöknek és viselkedési formáknak a tényleges közéleti szerepvállalásban.

Az állampolgári kérdések szempontjából releváns tanulói attitűdök, felfogások és magatartásformák két affektív-viselkedési terület szerint szerveződnek. Az affektív viselkedési terület érzelmeket, érzéseket, értékeket és attitűdöket foglal magába. Ezek az érzelmi, értékelő és viselkedési reakciók szorosan kapcsolódnak az attitűdökhöz, amelyek hatással vannak arra, hogyan érzékeli az egyén a világot, hogyan cselekszik, hogyan viszonyul más emberekhez vagy helyzetekhez. Az attitűdöknek a közéletben is szerepük van: meghatározzák, hogy mennyire aktív, elkötelezett és motivált valaki a társadalmi ügyek iránt. Az affektív viselkedési terület hatással van az attitűdök által gyakran előre jelzett viselkedésre és elköteleződésre is. Az elköteleződés azt jelenti, hogyan marad valaki kitartó valamilyen személyes, vagy közösségi cél elérése érdekében (Schulz, Fraillon és munkatársai 2022).

Thomas Erlich meghatározása szerint a „Polgári elkötelezettség nemcsak azt a hitet jelenti, hogy az emberek képesek létrehozni változást, hanem a tetteket is jelenti, hogy létre is kell hozniuk olyan változást, amellyel fejleszteni tudják közösségüket. Emellett azt is jelenti, hogy birtokában vannak az ehhez szükséges tudás, készségek és értékek kombinációjának, amely szükséges ennek a fejlődésnek az elősegítéséhez. Ez a közösség életminőségének előmozdítását jelenti" (Erlich 2000). A definíció a polgári elkötelezettség két komponensét emeli ki: a hithez tartozó attitűdök (tájékozottság, más kultúrák tisztelete, függetlenség, nyitottság a változásra és a véleménykülönbségekre, rugalmasság, érdeklődő attitűd stb.) teszik képessé az egyént, hogy bízzon magában, hogy azt érezze, képes kiállni valamilyen közösségi, társadalmi ügyért. Ide olyan gondolatok tartoznak, mint „tudom", „hiszem", „úgy érzem", el tudok pozitív változást érni valamiben. Az attitűdökhöz olyan fogalmak tartoznak, mint a (1) közösség iránti felelősség érzése, (2) hit, hogy változást lehet létrehozni a közösségég életben, (3) a szegények segítésének szándéka, (4) a közösség szolgálata, (5) meggyőződés, hogy mindenki felelősséggel tartozik a közössége iránt, (6) indíttatás, hogy ismerni kell a közösséget érintő dolgokat, (7) önkéntes munka végzésének szándéka, (8) szervezetek pénzügyi

támogatásának gondolata. De az érzés, a késztetés még nem elég ahhoz, hogy pozitív irányba lehessen mozdítani a csoport, a közösség életét. Ehhez tettekre van szükség. A tettek pedig adott viselkedéshez kapcsolódnak. Itt már nemcsak arra van szükség, hogy „bízom" valamiben, hanem teljes meggyőződéssel ki kell mondani, hogy igen, „képes vagyok elérni" a pozitív változást. Ide a következő állítások tartoznak: (1) konkrét önkéntes munka végzése, (2) pozitív változások létrehozása, (3) a közösség tagjainak segítése, (4) információszerzés a közösséget érintő eseményekről, (5) beszélgetés a társadalmi felelősségvállalásról, (6) aktív részvétel jótékonysági szervezetek munkájában (Doolittle és Faul 2013).

Az attitűdök és a belőlük fakadó viselkedés, a rájuk épülő konkrét tettek határozzák meg, ki mennyire aktív, illetve passzív a közéleti aktivitásban, mennyire hatékony a társadalmi, politikai és közösségi ügyekben. A közéleti aktivitás sikere azon múlik, hogy az emberek attitűdjei pozitívak-e a közélet és a demokratikus intézmények iránt, illetve, hogy megvan-e bennük az a késztetés, hogy ezeket az attitűdöket konkrét tettekre váltsák.

Összegzés

Az eddigi elemzések alapján elmondható, hogy mind az attitűdök, mind pedig a viselkedés, illetve a tettek tekintetében a lányok mutatnak nagyobb aktivitást. Ennek hátterében állhat a neveltetés, mivel a nőket hagyományosan gondoskodó, empatikus és közösségközpontú szerepekre nevelik, de állhat a háttérben az is, hogy a nők általában magasabb empátiás készséggel rendelkeznek, vagy hogy gyakran érzékenyebbek a társadalmi igazságtalanságokra és emberi szenvedésre, ami erősebb belső motivációt ad számukra a rászorulók támogatására. Ha viszont a közéleti aktivitás politikai komponensét vizsgáljuk, akkor ott inkább a fiúk tűnnek aktívabbnak.

Bár attitűdök, érzések szintjén többen gondolják úgy, tudnának tenni valamit a közösségért, ugyanakkor saját bevallásuk szerint a fiatalok 30%-a nem vesz részt közösségi aktivitásokban. Ennek alapján látható, hogy olykor az attitűdök és tettek nem állnak összhangban, kognitív disszonancia léphet fel a jónak, fontosnak tartott attitűdök és ezeknek az attitűdöknek konkrét megvalósítása között.

Az oktatás, a demokratikus értékek elfogadása, gyakorlása és a közéleti aktivitás között szoros összefüggést lehet kimutatni. Bár az iskola elsődlegesen az oktatás, a tudás elsajátításának terepe, itt alakulnak ki azok a készségek, attitűdök és magatartásformák is, amelyek elengedhetetlenek az aktív és

felelős állampolgári részvételhez. Az iskola feladata megismertetni a diákokkal az adott társadalom értékeit és normáit, és az iskola az, amely magával az iskolai környezettel, a tanár-diák viszonnyal a demokratikus gondolkozás, a demokratikus értékek és normák átadásának a legfontosabb terepévé válhat. Az oktatás úgy játszhat kulcsszerepet a közéleti aktivitás kialakításában, hogy a hiteles tájékoztatás, valamint a közösségi értékek és normák átadásával és erősítésével segíthet abban, hogy az attitűdök pozitív tettekké formálódjanak. Azok a diákok, akik demokratikus iskolai környezetben tanulnak, nagyobb eséllyel válnak felelősségteljes, közéleti kérdések iránt érdeklődő, a társadalmi igazságosság mellett kiálló állampolgárokká.

Az attitűdök és a demokratikus értékek nemcsak egyszerűen kapcsolatban állnak egymással, hanem erősítik is egymást. Az attitűdök, tehát a vélekedések, érzelmek és az, egyáltalán mennyire szeretne valaki tevékenyen is részt venni a közösség életében, nagymértékben befolyásolják nemcsak azt, hogyan viszonyulnak az emberek a demokratikus intézményekhez, az olyan demokratikus értékekhez, mint a szabadság, egyenlőség, tolerancia, igazságosság, részvétel, felelősségvállalás, hanem azt is, mennyire tartják természetesnek a demokráciában elfogadott normákat és gyakorlatokat. De ez fordítva is igaz, mert a demokratikus környezet támogatja nemcsak a pozitív állampolgári attitűdök kialakulását, hanem ezen attitűdök konkrét cselekedetekké való transzformációját (Brander és munkatársai, 2012).

Ez az értékrendszer fejeződik ki Hoskins és társai (2006) aktív állampolgárság meghatározásában: „Részvétel a civil társadalomban, a közösségi- és politikai életben, a kölcsönös tisztelet és erőszakmentesség jegyében, az emberi jogokkal és a demokráciával összhangban” (Hoskins és munkatársai 2006:462; idézet magyar fordítása: Gáti 2010:8). Az állampolgárok társadalmi részvételére, a társadalmi kohézióra hatással van, ha egy társadalomban az emberi jogok nem, vagy csak korlátozva tudnak érvényesülni. Igaz ez akkor is, ha az állampolgárok közéleti aktivitása alacsony intenzitást mutat, mert ebben az esetben az emberi jogok is csak korlátozott mértékben tudnak megvalósulni (Brander és munkatársai, 2012).

A közösség pozitív életminőségét szolgáló részvétel elemei biztosítanak kapcsolatot az állampolgári elkötelezettség, a társadalmi tőke és a részvételi demokrácia között. A társadalmi tőke azzal, hogy biztosítja, mobilizálja a közösségi hálózatokat, motiválja a közösségek tagjait a szerepvállalásra,

hozzájárul a közösségek életminőségének javításához, ezáltal segíti az emberek demokráciával való elégedettségét (Meikle-Yaw 2006).

Az egyén alapvető értékei határozzák meg közéleti aktivitással kapcsolatos attitűdjeit és majdani cselekedeteit. Ha a fiatalok tudnak azonosulni a demokrácia olyan alapértékeivel, mint az egyenlőség, igazságosság, szabadság, önrendelkezéshez való jog, emberi méltóság, akkor ezek az értékek nemcsak másokhoz való hozzáállásukat fogják meghatározni, hanem olyan kiállásra fogják ösztönözni őket, amellyel hozzájárulnak egy demokratikus társadalom építéséhez. A demokratikus társadalmak sikere attól függ, hogy a polgárai részt vesznek-e, és ha igen, akkor hogyan, milyen módon vesznek részt olyan közös tevékenységekben, amelyek a társadalom javát szolgálják (Erlich 1997).

Felhasznált irodalom

1. Amnå, E; Ekman, J. (2015): Standby citizens: Understanding non-participation in contemporary democracies. In Barrett, M; Zani, B. (eds.), Political and civic engagement: Multidisciplinary perspectives. 96–108 Routledge/Taylor & Francis Group.
   DOI: 10.1017/S175577391300009X
2. Állampolgári ismeretek 12. Budapest, Oktatási Hivatal, 2022.
3. Ballard, P.J. (2014): What Motivates Youth Civic Involvement? Journal of Adolescent Research 29(4):439-463. DOI:10.1177/0743558413520224
4. Bánszegi Zsuzsa (2009): Fiatalok társadalmi részvétele. Mobilitás könyvek 2. Foglalkoztatási és Szociális Hivatal-Mobilitás Országos Ifjúsági Szolgálat.
5. Birzea, C. (1996): Education For Democratic Citizenship. Consultation meeting. Strasbourg, Council of Europe In: Veldhuis R. (1997): Speeches/Meeting Papers. Council for Cultural Cooperation, F-67075 Strasbourg Cedex, France.
   file:///D:/A%20disszert%C3%A1ci%C3%B3%20r%C3%A9szei/Mondjuk%20k%C3%A9sz/Veldhuis%20Ruud.pdf
6. Brander P. ; Witte De L. ; Ghanea N. ; Gomes R. ; Keen E. ; Nikitina A. ; Pinkeviciute J. ; (2012): Compass. Manual for Human Rights Education with Yount People. Council of Europe. 443.
7. Crick B. (2007): Citizenship: The political and the Democratic. British Journal of Educational Studies, 55. 235 – 248 In: Ross, A. (2012): Editorial: Education for Active Citizenship: Practices, Policies, Promises. International Journal of Progressive Education, 8(3).
8. Doolittle, A; Faul, A. C. (2013): Civic Engagement Scale: A Validation Study. SAGE Open, 3(3). https://doi.org/10.1177/2158244013495542
9. Ehrlich T. (1997): Civic learning: Democracy and education revisited. Educational Record, 78(3/4). 57-65.
10. Ehrlich T. (2000): Civic Responsibility and Higher Education. American Council on Education/Oryx Press Series on Higher Education, In: Doolittle, A; Faul, A. C. (2013): Civic Engagement Scale: A Validation Study. SAGE Open, 3(3). https://doi.org/10.1177/2158244013495542

11. Gáti Annamária (2010a): Aktív állampolgárság Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. Másodelemzés nemzetközi adatbázisok és szakirodalom alapján. Budapest, TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Központ.
12. Gáti Annamária (2010b): „ALATTVALÓK VAGY POLGÁROK LESZNEK?" A fiatalok aktív állampolgársági készségei Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. Budapest, TÁRKI. https://www.tarki-tudok.hu/file/alattvalok_vagy_polgarok_lesznek_kutatasi_osszefoglalo_2010.pdf
13. Hoskins B.L; Mascherini M. (2009): Measuring Active Citizenship through the Development of a Composite Indicator. Soc Indic Res 90. 459–488. https://doi.org/10.1007/s11205-008-9271-2 .
14. Hoskins B.L; Mascherini M. (2009): Measuring Active Citizenship through the Development of a Composite Indicator. Soc Indic Res 90. 459–488. In: Gáti Annamária (2010): Aktív állampolgárság Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. Másodelemzés nemzetközi adatbázisok és szakirodalom alapján. Budapest, TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Központ.
15. Kerr D. (2008): Hatást gyakorolni a világra. Új Pedagógiai Szemle 2008
16. Maiello, C; Oser F; Biedermann H. (2003): Civic Knowledge, Civic Skills and Civic Engagement. European Educational Research Journal 2(3).
17. Marshall T. H. (1950): Citizenship and Social Class, In: Manza J; Sauder, M.(eds.)(2009): Inequality and Society. W.W. Norton and Co.: New York 148-154.
18. Meikle-Yaw P. A. (2006): "Democracy Satisfaction: The Role of Social Capital and Civic Engagement in Local Communities". Theses and Dissertations. 1273.
19. Neundorf A; Smets K. (2016): Political Socialisation and the Making of Citizens. Chapter for Oxford Handbook Online.
20. Reisinger A. (2017): Az aktív állampolgárság – fogalmi rendszer és kutatási koncepció, In Új Nemzeti Kiválóság Program 2016/17 Tanulmánykötet, 2017, Győr,Széchenyi István Egyetem, 138–148.
21. Ross A. (2012): Editorial: Education for Active Citizenship: Practices, Policies, Promises. International Journal of Progressive Education, 8(3)
22. Schulz W. ; Fraillon J. ; Losito B.; Agrusti G. ; Ainley J.; Damiani V. ; Friedman T.;(2022): IEA International Civic and Citizenship Education

Study 2022. Assessment Framework. Chapter 3. Civic Attitudes and Engagement Framework. 39-54
23. Szabó István; Örkény Attila (1997): Magyar középiskolások politikai érzelmei és imseretei. POLITIKATUDOMÁNYI SZEMLE. 6 (3) 31-70.
24. Veldhuis R.(1997): Speeches/Meeting Papers. Council for Cultural Cooperation, F-67075 Strasbourg Cedex, France.

Internetes forrás

1. European Commission: Active Citizenship https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/active-citizenship_en (Utolsó letöltés: 2025. 01. 02.)

Az idősödés tudományos diskurzusai Magyarországon

Gradwohl Regina[1]

[1]ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Szociológia Doktori Iskola

INFO

Gradwohl Regina
gradwohl.regina@tatk.elte.hu

Keywords
ageing,
discourse analysis,
sociology of knowledge,
SKAD

ABSTRACT

Scientific Discourses of Ageing in Hungary: In the following article, I will present the characteristics, differences and similarities of scientific discourses of ageing. To analyse the abstracts of scientific journal articles Sociology of Knowledge Approach to Discourse (SKAD formulated by Reiner Keller) was used. The primary questions of the analysis included 1) what discursive events created the discourse, 2) who the actors are, and 3) what is the dispositive of the discourse. It became visible that the social and psychological dimensions of ageing were overrepresented in the discourses and that every discipline had its own explanatory dimensions.

Kulcsszavak
idősödés,
öregedés,
diskurzuselemzés,
tudásszociológia

A következő cikkben a tudományos idősödés–diskurzusok sajátosságait, különbségeit és hasonlóságait mutatom be. A kutatásban Keller által megfogalmazott kutatási programot, a tudásszociológiai diskurzuselemzést használtam a tudományos folyóiratok absztraktjainak elemzéséhez. Az elemzés elsődleges kérdései közé tartoztak, hogy 1) milyen diszkurzív események hozzák létre magát a diskurzust, 2) kik alakítják a diskurzusokat, illetve 3) milyen intézményi infrastruktúra és megoldáspróbák merülnek fel az egyes problematizációk kapcsán. Az elemzés során nyilvánvalóvá vált, hogy minden diszciplína rendelkezik valamilyen sajátos magyarázó dimenzióval, és hogy a társadalmi és pszichológiai dimenziók jellemzik leginkább a tudományos cikkek absztraktjait.

Ez a tanulmány a XIV. Nemzetközi Nyíregyházi Doktorandusz és Posztdoktori Konferencián elhangzott előadás alapján jött létre.

Bevezetés

Jelen írás a 2022 áprilisában leadott mesterszakos szakdolgozatom kutatási eredményeit mutatja be. A szakdolgozat fő kérdése az volt, hogy mi jellemzi az idősödés tudományos diskurzusait, és milyen narratívák vannak jelen Magyarországon. A narratívák és diskurzusok magukban hordozzák az egyéni és kollektív tudáskészletet, hozzájárulnak a *valóság* megteremtéséhez. A két

elbeszélés feltételezhetően gyakorol valamilyen hatást egymásra, a tudományos diskurzus a *hatalom/tudás* révén (Foucault 1980; idézi Keller 2011) vélhetően inkább meghatározza a személyes narrációt, egyértelmű egymásra hatásukat azonban nehéz volna kimutatni, így a dolgozat csak azokra a kérdésekre igyekezett válaszolni, hogy milyen hasonlóságok és különbségek fedezhetőek fel az elmúlt 4 év[1] elbeszéléseiben. Az idősödés személyes megélését taglaló fejezet azonban további kifejtésre és átdolgozásra szorul, így jelen írás a narratív interjúkkal foglalkozó részt nem tárgyalja. Ezen okból a következőkben a tudományos diskurzusok hasonlóságainak és különbségeinek bemutatására fókuszálok.

A tudományos diskurzusok elemzése egyrészt meghatározható - a szociológia esetén - az önreflexióra való törekvésként. Az idősödés egyik meghatározó komponense a betegségek gyakoribbá válása, így az orvostudományos diskurzus is jelentős tényezővé válik az idősödés tudományos diskurzusában. A gerontológia pedig interdiszciplináris mivolta végett válik fontossá, hiszen nemcsak a biológiai vagy társadalmi tényezők kerülnek előtérbe, ahogyan azt elsősorban a szociológiai és orvostudományos diskurzusoktól várhatjuk.

Elméleti háttér

Az öregedés első társadalomtudományos elméletei a nemzetközi szociológiában a hatvanas években születtek meg. Ezek bemutatása nem célja a dolgozatnak, a következőkben azokat az elméleteket kívánom felvázolni, melyek segítették az elemzési kódok kialakítását. A különböző elméletek az öregedést különböző módokon magyarázzák, együttes használatuk segíti a diskurzusok interpretálását. Simon de Beauvoir (1972) *Öregség* című könyvében felvázolja az öregség univerzális élményének kulturális és történeti változatait. Beauvoir az öregség kapcsán három dimenziót emel ki, mely során az öregedés tetten érhető: a testben végbemenő biológiai változások, az egyén pszichéjében bekövetkezők, valamint a társadalmi szinten érzékelhető változások. Morgan és szerzőtársának munkája (1998) az öregedést társadalmi kontextusába beleágyazva szemléli, ők négy különböző dimenziót emelnek ki: a fizikait (ami a külsőben megjelenő fizikai változásokra vonatkozik), a pszichológiait (ami hasonló Beauvoir egyéni megéléséhez), a társadalmit és a

[1] 2017 és 2021 közötti időszak, a 2022 óta megjelenő cikkek nem kerültek még elemzésre.

populációsat (különválasztva tehát a demográfiai folyamatokat az intézményi szinten tetten érhetőktől).

A különböző dimenziók lehetővé teszik azt, hogy az idősödést különböző szinteken értelmezzük. Az öregedéselméletek a fizikai megjelenéssel nem igazán foglalkoznak. A *biológiai dimenzió* főként az orvostudományi diskurzus megértését segíti elő. Chmielewski és Strzelec (2020) szerint az öregedés biológiai meghatározásának egyik központi kérdése, hogy miként tekinthetünk az öregedésre. Orvostudományi szempontból, melynek fő célja az egészség megtartása és a betegségek kiküszöbölése, az idősödésre egyes megközelítések szerint betegségként is tekinthetnénk. Ugyan az öregedéssel együtt járnak különböző megbetegedések, biológiai értelemben véve az öregedés a sejtelhalás~~ok~~ folyamata, mely természetesen jelentkezik az emberi testben, így, ha az idősödés betegség, akkor maga az élet is az. A biológiai dimenziót tehát a betegség–kérdés és a testi funkciók hanyatlását határozza meg leginkább. A *pszichológiai megközelítések* fő kérdése az egyén identitásának folytonossága és annak fenntartása. Amennyiben az identitást nem egy állandó, rögzült állapotként képzeljük el, hanem úgy, hogy az az egyén élethelyzetének változása során szintén változik, az egyén öregedésének és az identitás alakulásának összefüggéseit sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Atchley (1989) folytonossági elmélete szerint az öregedés sikerességének egyik alapja, hogy az egyén folyamatosan fenn tudja tartani személyiségét, az életkori változások okozta átalakulások során is. Az identitás folytonosságának kérdését Atchley belső és külső határra osztja fel: a belsőbe tartozik az emlékezés képessége, és minden, ami az egyén által meghatározott, és ez kapcsolódik az egyén emlékezetében megőrzött belső struktúrához („a gondolatok, temperamentum, alkat, tapasztalatok, preferenciák, diszpozíciók és képességek pszichikai struktúrájának állandósága” (Atchley 1989:184), a külső folytonosság a fizikai és társas környezet struktúráján keresztül értelmezhető, ebbe tartoznak bele a szerepviszonyok, tevékenységek és az egyén társas kapcsolatai is. Mindkét folytonosság fenntartása fontos a személyiség integritásának megőrzéséhez. *A társadalmi és populációs* dimenziók az elméletekben kevéssé válnak szét, elsődleges fókusz arra irányul, hogy az idősödés milyen társadalmi következményekkel jár, és hogy milyen új kihívásokkal kell megküzdenie a társadalmaknak és az intézményrendszereknek (Dobossy, Molnár, Virág 2003). A kapitalizmus szempontjából az öregedő emberek (és testek) gazdasági terhet jelentenek

(Neilson 2012), a gondoskodás megszervezése, valamint a nyugdíjrendszerek fenntarthatósága pedig olyan klasszikus szociológiai problémákat vetnek fel, mint az egyenlőtlenségek újratermelésének vagy a generációk közötti szolidaritásnak a kérdése. Amikor a szociális ellátórendszerek nem képesek az idős lakosság ellátásának körülményeit megteremteni, a gondoskodási feladatok nagy része a családokra – elsősorban a nőkre – hárul, ami hozzájárul a láthatatlan reprodukciós munka mennyiségének növekedéséhez. Azok, akik jobb anyagi körülményekkel rendelkeznek, jellemzően külföldről[2] importálnak munkaerőt a gondoskodási feladatok ellátására. Ezek a gondoskodási munkák új lehetőséget teremtenek sok munkavállaló számára, ezen keresztül biztosítani tudják a család fenntartását, azonban a munka miatt más országokba migráló (elsősorban) nők számára a családi és magánélet jelentősen megváltozik, mivel huzamosabb ideig (hónapok, évek) a családjuktól távol vannak (Ezzedine 2018). Krémer (2015) az idősödési válságról szóló könyvében amellett érvel, hogy az az elképzelés, hogy az idősek csoportja egy homogén massza lenne, legalább annyira téves elgondolás, mint amilyen az „átlagember" elképzelése, ezért bármiféle társadalmi képzet vagy intézkedés, ami hasonlóan az „átlagos idősek" igényeiről szól, elfedi az igenis létező különbségeket az idősek csoportjai között.

Anyag és módszer

Az elemzéshez használt SKAD[3] (Keller, 2006, 2011) vagy magyarul tudásszociológiai diskurzuselemzés[4] kifejezetten a tudományos diskurzusokra irányul, a szociológia nézőpontját részesítve előnyben. A tudásszociológiai nézőpont esetén azt kívánjuk megérteni, hogy milyen módokon keletkezik a diskurzus, tehát milyen események hívják életre azt, kik azok a szereplők, akik részt vesznek a diskurzus alakításában (ezek lehetnek személyek, intézmények vagy kollektív cselekvők), illetve milyen intézményi infrastruktúra áll rendelkezésre nemcsak a diskurzus létrehozására, de a diskurzusban felmerülő problematizációk[5] megoldására.

[2] Wallerstein-i megfogalmazásban félperiférián vagy periférián elhelyezkedő országokból, publicisztikai szóhasználatban fejlődő országokból.
[3] Sociology of Knowledge Approach to Discourse
[4] általam fordítva
[5] Az idősödés diskurzusában problematizáció lehet például az intézményi ápolás iránt megnövekedő kereslet az öregek részéről. Egy ilyen problematizáció megoldási kísérlete

A tudásszociológiai diskurzuselemzés módszere a Foucault–i diskurzuselemzés hagyományait ötvözi a Berger és Luckmann által *A valóság társadalmi felépítésé*ben leírt ismeretszerzéssel. A tudásszociológiai diskurzuselemzés a diskurzus minden aspektusát teljes egészében interpretálja, nem törekszik örökérvényű igazságokra, Berger és Luckmann után a valóság társadalmi felépítésére koncentrál, valamint Foucault után az intézményesülés folyamatának és a diskurzus rendjének vizsgálatával egészül ki (Keller 2011). A diskurzusok szimbolikus rendeket rögzítenek, a kollektív jelentéseket, tudáskészleteket, értékeket intézményesítenek, a cselekvőket, aktorokat vagy ágenseket pedig intézményi kontextusba ágyazzák bele (Keller 2011). A diskurzusok tárgyiasult formáit olyan építőelemek alkotják, mint a diszkurzív események, aktorok, gyakorlatok, diszpozitívek és tudás–felépítmények. A diskurzusra tekinthetünk egy mindent magába foglaló tudásrögzítési kísérletként, amiben benne foglaltatik minden erőviszony, aktorok által folytatott versengés is[6].

A folyóiratok kiválasztásánál fontos szempont volt a kutatási kérdés megválaszolására való alkalmasság. A folyóiratokra tekinthetünk az adott tudományos diskurzus lenyomataiként és saját diszciplínájuknak fontos publikálási felületként. Az orvostudományi diskurzus elemzésének alapjául az *Orvosi Hetilap* szolgált. Ez egy hetente megjelenő folyóirat, az elemzett 2017 és 2021 közötti időszakban 260 számuk jelent meg, összesen 1224 cikkel. A folyóirat cikkeinek kiválasztása manuálisan történt, így olyan cikkek is szerepelnek a korpuszban, amiben például valamilyen idősödéshez köthető testi változás (például menopauza) került említésre, de expliciten az öregedés kifejezés nem szerepelt benne. Betegségek esetén csak azok a cikkek kerültek bele a korpuszba, amelyek vagy életkori meghatározást alkalmaztak, vagy utaltak valamilyen módon az idősödésre, így a kiválasztás szintén manuálisan történt. A cikkek kiválasztásánál hátráltató tényező volt, hogy sok cikk valamilyen betegség ismertetése volt. Így összesen 23 cikk absztraktja került elemzésre. A szociológiai folyóiratok közül a Magyar Szociológia Társaság folyóirata, a *Szociológiai Szemle* vált a szövegkorpusz alapjává. A 2017 és 2021 közötti időszakban 149 cikk jelent meg a folyóiratban, amiből hat cikk

(diszpozitívjai) lehet a szociális ellátórendszer válasza: az intézményi férőhelyek növelése, a szakápolók továbbképzése stb.

[6] Bourdieu-i értelemben véve az adott mezőn belül folytatott harc a szűkösen rendelkezésre álló (szimbolikus) tőkéért.

került elemzésre. A cikkek kiválasztása ez esetben is manuálisan zajlott, a kulcsszavas keresés az archív cikkeknél ugyanis nem volt elérhető. Az idősödés tudományával, a gerontológiával foglalkozó Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának lapja, a *Magyar Gerontológia* alkotta az elemzett absztraktok legnagyobb részét; a cikkek kiválasztásánál nem alkalmaztam válogatást, a lap cikkei ugyanis mind valamilyen módon kötődnek az idősödéshez. Egyedül azok a cikkek nem kerültek elemzésre, amelyek angolul és magyarul is megjelentek. Az elemzett időszakból így összesen 116 cikk absztraktja került ki a gerontológiai folyóiratból, ami a teljes korpusz nagyjából nyolcvan százaléka, összesen 145 cikk absztraktja került elemzésre.

Az elemzés elkészítését kódolás előzte meg. A kódolásban külső és belső kódok egyaránt segítették az elemzést. A külső kódok meghatározásának két alapja a diskurzus tudásszociológiai vizsgálatát lehetővé tévő *diszkurzív esemény*, *aktorok* és *diszpozitív* kódok, valamint az öregedés dimenzióit feltáró *biológiai, fizikai, pszichológiai, társadalmi* és *populációs* kódok. A belső kódok a lehorgonyzott elmélet *sorról sorra elemzés* módszerét felhasználva (Charmaz 2013) jöttek létre. Ezen kódok a diskurzusok tematizálásának megértését segítették, ezek részletes bemutatását jelen írás nem tartalmazza. A dimenziós és a belső kódok nem egymást kizáróak, így egyes absztraktok egyszerre több kódot is tartalmaznak.

1. Dimenziók gyakorisága az egyes folyóiratok absztraktjaiban és a teljes szövegkorpuszban

	orvostudományi	**szociológiai**	**gerontológiai**	**teljes szövegkorpusz**
dimenziók nélkül	23 15,86%	6 4,14%	116 80%	145 100%
biológiai	21 91,3%	0 0 %	46 39,65%	67 46,21%
fizikai	1 4,35%	0 0%	3 2,58%	4 2,76%
pszichológiai	7 30,43%	1 16,67%	67 57,76%	75 51,72%
társadalmi	11 47,83%	6 100%	92 79,31%	109 75,55%
populációs	11 47,83%	6 100%	34 28,31%	51 35,17%

Forrás: Saját szerkesztés

Eredmények

A tudományos diskurzusok összehasonlítását nehezíti, hogy a kiválasztott időszakban az egyes diszciplínákat képviselő folyóiratokban különböző mértékben érhető tetten az idősödés diskurzusa. A *Szociológiai Szemle* esetén a hat cikk az összes megjelent cikk nagyjából négy százaléka, míg az *Orvosi Hetilap* esetén a két[7] százalékot sem éri el. Elgondolkodtató, hogy vajon a *Magyar Gerontológia* folyóirat megléte mennyiben alakítja ezeket a számokat. A folyóirat ugyanis diszciplínákat átívelő módon fogad be cikkeket, így elképzelhető, hogy például az öregedés szociológiájával foglalkozó kutatók elsősorban ebbe a folyóiratba szívesebben írnak. Ugyan ezek csak feltevések, érdemes elgondolkodnunk azon, hogy mi állhat ezen tendenciák mögött.

A legszembetűnőbb különbség a diskurzusok argumentációi között jelentkezik. Az orvostudományi diskurzus elsősorban a biológiai dimenzió mentén értelmezi az öregedést. A szociológiai~~ban~~ diskurzus jellemzően a társadalmi és a populációs dimenziók dominálnak. A gerontológiai diskurzusban az a legjellemzőbb a társadalmi dimenzió, második helyen pedig a pszichológiai dimenzió áll. Ha a teljes szövegkorpuszt nézzük, akkor a társadalmi és a pszichológiai idősödésértelmezések nagymértékű jelenlétét látjuk. Ennek egyik oka, hogy a szövegkorpusz jelentős része a gerontológiai diskurzus folyóiratából áll. Az idősödés teherként történő értelmezésében rejlik e tendencia másik magyarázata. Ez a teher mikro- és makroszinten egyaránt megjelenik a diskurzusokban. A makroszinten kifejtett hatás megoldása pedig az, amire a legtöbb kutató valamilyen választ szeretne adni. Szembetűnő módon a megoldások jelentős részét nem társadalmi szinten képzelik el, hanem az egyének szintjén. Így a terhek enyhítésének egyik célzott megoldása az aktív idősödés elérése az egyének részéről, melyhez szorosan kapcsolódik az egészség és jóllét megőrzése.

A diskurzus aktorait illetően nem meglepő eredmény, hogy a tudományos diskurzusokat a tudósok alakítják, valamint azok az intézmények, amik a folyóiratokat megjelentetik. Ugyanakkor a *Magyar Gerontológia* cikkeiben többször megjelenik a kísérlet arra, hogy az öregeket is beemeljék a diskurzusba. A gerontológiai folyóirat esetén az aktorrá emelés explicit példáit megtaláljuk a majálisok (Rajzik 2021), illetve az Alzheimer Café kezdeményezései (Kiss 2019) esetén, ahol az idős emberek tapasztalatai és

[7] két tizedesjegyre kerekítve 1,88 százalék

idősödésük saját értelmezése kiemelten fontos. A kutatások módszereinek alkalmazása hozzájárul ahhoz, hogy az egyéni tudáskészlet miként épül bele a tudományos tudásba. Például az interjús technika alkalmazását értelmezhetjük úgy is, mint próbálkozást arra, hogy az egyéni tudás a tudományos tudás részévé váljon. Ennek ellenére felmerül a kérdés, hogy egyes módszerek alkalmazása mennyiben jelenti valóban azt, hogy az egyének a diskurzus alakítóivá is válnak.

Javaslatok

A szakdolgozathoz készült kutatásban a diskurzusok csak egy élesen körülhatárolható szeletét elemeztem, érdekes lehet más diszciplínák bevonása, vagy a már elemzett diskurzusok alakulásának feltárása[8]. A szakdolgozatban a személyes narratívák hosszabb kifejtésére sajnos nem volt lehetőségem időhiány miatt. A személyes megélés kapcsán fontos volna több narratívát elemezni a minél komplexebb kép kialakítása érdekében, illetve az esetlegesen előbukkanó mintázatok értelmezése végett. Továbbá érdemes volna azon is tovább dolgozni, hogy a narratív interjúelemzést hogyan lehetne a diskurzuselemzéssel szinkronba hozni, az eddigi kutatásomnak ugyanis a diskurzusok hangsúlyosabb részét képezték. Az idősödés élettörténeten keresztüli interpretálása és a diskurzuselemzés együttes alkalmazása kiegészíthetik egymást, együttes alkalmazásuk segítheti az öregedés tematizálásának mélyebb megértését. Az életútinterjúk használata továbbá elősegíti azt is, hogy az idősödésről való *tudományos* elbeszélés ne csak önmagára reflektáljon, hanem saját keretezését áttörve azt is figyelembe vegye, hogy a diskurzuson kívül állók milyen tudáskészlettel rendelkeznek az idősödésről, saját valóságukat hogyan építik fel. A tudományos diskurzus mellett érdemes lenne még a nyilvános diskurzusok egyikét szintén elemezni, ahol a narratívák és diskurzusok egymásra hatása egyértelműbben tetten érhető.

Összegzés

A diskurzusok szintjén megállapítható, hogy az egyes dimenziók meghatározzák a különböző diszciplínákon belül a diskurzusok argumentációit. Az orvostudományi diskurzusra így inkább a biológiai dimenzió szintjén találunk idősödés–magyarázatokat, míg a szociológiai

[8] A doktori kutatásomban jelenleg ezen dolgozom.

diskurzusban a társadalmi és a populációs dimenzió a leginkább jellemző. A gerontológiai diskurzust is leginkább a társadalmi dimenzió jellemezte, ugyanakkor a pszichológiai és társadalmi dimenziók rengeteg esetben együttesen jelentkeztek, rámutatva arra, hogy bizonyos kérdéseket nem lehet csak és kizárólag egy szinten értelmezni, továbbá az öregedés tudományos diskurzusának diszciplínákon átívelő jellegére is rámutat.

A diskurzusokban az öregedés folyamata teherként definiálható, melynek a társadalomra kifejtett hatásaival foglalkoznak leginkább a kutatók. Az idősödés problematizációinak megoldását azonban elsősorban egyéni szinten képzelik el. Ennek kapcsán felmerül a kérdés, hogy mennyire érhető el az aktív idősödés, mint diszpozíció a társadalom széles rétegei számára. Az is kérdés, hogy mennyiben adhatnak választ a mikroszinten alkalmazott megoldások a makroszintű problémákra, és mikor következhetnek be – a diskurzusban is hangsúlyozott – intézményi és rendszerszintű reformok az öregedés terheinek enyhítésére. A mikroszintű megoldások ugyanis önmagukban nem elegendőek.

Felhasznált irodalom

1. Atchley R. C. (1989): A Continuity Theory of Normal Aging. The Gerontologist, 29(2), 183–190.
2. Beauvoir S. de (1972): Öregség (T. Sándor, ford.). Budapest, Gondolat Kiadó.
3. Charmaz K. (2013): A lehorgonyzott elmélet. In: Bodor Péter [szerk.]: Szavak, képek, jelentés. Kvalitatív kutatási olvasókönyv. Budapest, L'Harmattan Kiadó, 61–94.
4. Chmielewski P. P.; Strzelec, B. (2020): If Ageing is a Disease, Then Life is Also a Disease. https://www.academia.edu/44201452/If_ageing_is_a_disease_then_life_is_also_a_disease. (Letöltés: 2025. június 11.)
5. Dobossy Imre; S. Molnár Edit; Virágh Eszter (2003): Öregedés és társadalmi környezet. Életünk fordulópontjai Műhelytanulmányok 3. Budapest, KSH Népességtudományi Kutatóintézet.
6. Keller R. (2006): Analysing Discourse. An Approach From the Sociology of Knowledge. Historical Social Research / Historische Sozialforschung, 31/2(116), 223–242.
7. Keller R. (2011): The Sociology of Knowledge Approach to Discourse (SKAD). Human Studies, 34(1), 43–65.
8. Kiss Gabriella (2019): Demencia és a család – Alzheimer Café a gondozó családok terhelődésének csökkentésére. Magyar Gerontológia, 11(37–38), 34–46.
9. Krémer Balázs (2015): Mi is a kétségbeejtő abban, hogy tovább élünk? avagy Az idősödési válság és a halál egyenlőtlenségei. Budapest, Napvilág Kiadó.
10. Morgan, L.; Kunkel, S. (1998): Aging: The Social Context. London, Pine Forge Press.
11. Neilson B. (2012): Ageing, Experience, Biopolitics: Life's Unfolding. Body & Society, 18(3–4), 44–71.
12. Rajzik Alexandra (2021): PKSZAK MAJÁLIS – a generációk évében. Magyar Gerontológia, 13, 111–113.

A perfekcionizmus mint pszichés konstruktum és összefüggései a különféle pszichés zavarokkal

Almásy Csilla[1], R. Fedor Anita[2]

[1]PhD hallgató, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola, 7621 Pécs, Vörösmarty M. u. 4., ORCID iD: 0000-0001-9056-6857

[2]professzor, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi és Szociális Munka Tanszék, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4., ORCID iD: 0000-0002-7837-7006

INFO

Almásy Csilla
csilla@gerinckoncepcio.hu

Keywords
perfectionism,
perceived stress,
anxiety,
burnout,
body attitude
disorder

ABSTRACT

Perfectionism is a multidimensional psychological construct. Its different manifestations have different sources and influence the personality and behaviour of the individual in different ways. A perfectionistic person seeks to meet high expectations, either self-imposed or based on the assumption that others expect maximum performance. The desire to meet high expectations, the concern about not achieving the maximum, affects the mental state of the individual. Perfectionism can be a supportive factor in achieving better performance, but can also cause psychological dysfunctions. Perfectionism, the striving for perfection, is a characteristic of dance artists, with its many psychological consequences. This study of folk dance artists as a preparation for research among folk dancers, it explores the theories in the literature on the subject, and summarizes the forms of perfectionism and some of its association with some psychological disorders.

Kulcsszavak
perfekcionizmus,
észlelt stressz,
szorongás,
kiégés,
testképzavar

A perfekcionizmus multidimenzionális pszichés konstruktum. Különböző megnyilvánulási formái más-más forrásból táplálkoznak, és különbözőképpen befolyásolják az egyén személyiségét, viselkedését. A perfekcionista személy magas elvárásoknak kíván megfelelni, melyeket vagy önmaga állít fel, vagy azt vélelmezi, hogy mások várnak el tőle maximális teljesítményt. A magas elvárásoknak való megfelelési vágy, a maximumtól való elmaradás miatti aggodalmak befolyásolják az egyén mentális állapotát. A perfekcionizmus támogató faktorként lehet jelen a jobb teljesítmény eléréséhez, de pszichés zavarokat is okozhat. A táncművészekre jellemző a tökéletességre való törekvés, a perfekcionizmus, annak számos pszichés következményével. Jelen tanulmány a néptáncművészek körében végzett kutatás előkészítéseként tárja fel a témában fellelhető szakirodalmi elméleteket, eredményeket, és összegzi a perfekcionizmus megjelenési formáit, valamint egyes pszichés zavarokkal való összefüggéseit.

Bevezetés

A köztudatban a perfekcionizmus megítélése kettős képet mutat. Egyrészt előnyös tulajdonságként jelenik meg, amely arra sarkallja és abban segíti a perfekcionista egyént, hogy minél magasabb minőségben lássa el feladatait. Bizonyos tekintetben tehát pozitív attitűdként könyvelhető el a magunkkal szembeni magas elvárások támasztása, a kiválóságra való törekvés. Másrészről azonban azt látjuk, hogy a perfekcionista személyt gyakran negatív vélemény övezi, tekintve, hogy a saját magával vagy a másokkal szembeni magas elvárások kedvezőtlen változásokat idéznek elő az egyén mentális állapotában. Az elmúlt évtizedekben számos kutatásban vizsgálták, hogy valójában milyen hatással van a perfekcionizmus az egyén pszichés állapotára, illetve ezen vizsgálódások során azt is feltárták, hogy milyen megnyilvánulási formái ismertek.

Jelen tanulmány egy nagyobb, néptáncművészek körében végzett kutatás előkészítéseként tárja fel a témában fellelhető szakirodalmi eredményeket, és összegzi a perfekcionizmus megjelenési formáit és egyes pszichés zavarokkal való összefüggéseit, végül bemutatja a magyar professzionális néptáncművészek körében előforduló perfekcionizmus mértékét és megnyilvánulási formáit.

A perfekcionizmus

A perfekcionizmus mint pszichés konstruktumot az 1950-es évek óta vizsgálják tudományos keretek között. A kezdeti időszakban elsősorban pszichopatológiaként tárgyalták (Horney 1951), leginkább klinikai megfigyelésekre alapozva, majd a ’70-80-as évektől kezdve számos új megközelítés látott napvilágot, sőt, időnként szakmai nézetütköztetés zajlott a témával foglalkozó szakemberek között. Abban azonban egyetértés látszott, illetve magára a vitára is az a tény adott és ad okot a mai napig is, hogy a perfekcionizmus egy multidimenzionális jelenség, melynek alapvető eleme, hogy az egyén magas elvárásokat állít magával és/vagy másokkal szemben (Frost, Marten és munkatársai 1990; Flett és Hewitt 2002 ; Nordin-Bates 2014 ; Jokste 2021). A többtényezős jelleg a perfekcionizmust megélő egyénekben zajló eltérő és sokszor ellentétes lelki folyamatokra is utal, tehát hogy az egyén megélheti támogató faktorként a kiválóságra törekvést, de destruktív tényező is lehet a mentális jólléte tekintetében (Hamachek 1978; Stumpf és Parker 2000; Stoeber és Otto 2006). Illetve szintén a multidimenzionális jelleget

tükrözi, hogy a perfekcionizmus nemcsak szelforientáltan jelenhet meg, tehát hogy az egyén önmagával szemben támaszt túlzóan magas elvárásokat, hanem szociális aspektusban is megfigyelhető, ahogy az egyén másoktól várja el a magas teljesítményt, esetleg az egyén úgy érzi, hogy tőle várnak el kiemelkedő eredményeket (Hewitt és Flett 1991a). Természetesen ezek jelenléte kombináltan is jellemezheti az egyént.

A perfekcionizmus kétdimenziós modelljei

A magasabb teljesítményre való belső ösztönzés támogató tényező lehet, ám ezt befolyásolhatja, hogy a kitűzött célok mennyire reálisak, tekintve, hogy az irreális célok elérhetetlensége kudarcélményhez vezet. Ugyanez a kettőség figyelhető meg az elért eredmények értékelésénél, ahol az elvárt eredménytől való elmaradás vagy az elért eredmény nem megfelelőnek való értékelése – még ha az valójában magas szintű is – folyamatos elégedetlenségérzést válthat ki az egyénből. Ezeket a kettőségeket fedezhetjük fel a perfekcionizmus mibenlétét feltáró, ún. kétdimenziós modellekben.

A témában megjelent korai publikációk között Hamachek 1978-as tanulmányában megkülönbözteti a normál és neurotikus perfekcionizmust (Hamachek 1978). A tanulmány szerint a normál perfekcionista reális célokat állít fel, és sokkal megengedőbb magával szemben, ha azokat nem vagy nem olyan szinten tudja teljesíteni. Saját erőfeszítései és az elvégzett munka örömmel töltik el. A perfekcionizmus ezen formája támogató faktorként van jelen az egyén pszichés eszköztárában, melyet előnyére tud fordítani. Ezzel szemben a neurotikus perfekcionista hajlamos irreális célok kitűzésére, ami önmagában feszültséget gerjeszt benne, majd a nem tökéletes teljesítés a „nem vagyok elég jó” érzést és az emiatti szorongást váltja ki belőle. Mindezek ellenére sem képes a saját maga által kitűzött elvárásokon lazítani. A neurotikus perfekcionista számára tehát mondhatni szenvedést okoz ez a pszichés attitűd.

A ’90-es évektől kezdődően sorra jelentek meg a többdimenziós modelleket leíró tanulmányok. Ezek közül a kétdimenziós modellekről találjuk a legtöbb elméletet, melyek a perfekcionizmust pozitív törekvésként vagy maladaptív aggodalomként (Frost, Heimberg és munkatársai 1993), aktív és passzív (Adkins és Parker 1996), pozitív és negatív (Terry-Short, Owens és munkatársai 1995), adaptív és maladaptív (Rice, Ashby és Slaney 1998), funkcionális és diszfunkcionális (Rhéaume, Freeston és munkatársai 2000), egészséges és egészségtelen perfekcionizmusként (Stumpf és Parker 2000)

írják le, fenntartva továbbra is azt a nézetet, hogy a perfekcionizmus alapvetően kétféleképpen megnyilvánuló pszichés konstruktum, támogatva vagy épp ellenkezőleg, destruktív módon befolyásolva az egyén mentális állapotát.

Több évtizednyi, a témában megjelent számtalan tanulmányt felülvizsgálva Stoeber és Otto (2006) feltérképezték a korábbi kétdimenziós modelleket és megvilágították azt a tényt, hogy a kétdimenziós modellek többsége egyértelműen pozitív és negatív kategóriaként állítja szembe egymással a perfekcionizmus megnyilvánulási formáit. Tehát a perfekcionista törekvéseknek, vagy adaptív, funkcionális stb. perfekcionizmusnak nevezett dimenzió mentén csak pozitív, az egyént támogató tulajdonságok fedezhetők fel, míg a perfekcionista aggodalmakként vagy maladaptív, diszfunkcionális stb. perfekcionizmusként leírt attitűd kizárólag negatív, az egyén számára destruktív pszichés állapotokkal jár együtt (Stoeber és Otto 2006).

Összefoglalóan elmondható, hogy a kétdimenziós modellek egyfelől perfekcionista törekvésekről beszélnek, melyek az egyént a magas célok kitűzése által jobb teljesítményre ösztönzik, az ehhez szükséges belső erőforrások megteremtése és használata által. Másfelől a perfekcionista aggodalmak a kitűzött célok elérésével és az esetleges hibázással kapcsolatos félelmek miatti szorongásról, valamint a túlzott önkritikáról szólnak. Az első a teljesítmény motorja és az egyén mentális jóllétének alapja lehet, míg az utóbbi negatív érzelmekkel asszociálódik (Reinhardt, Dubina és Kökönyei 2023).

A perfekcionizmus háromdimenziós modellje

Hewitt és Flett (1991a) túllépve a kétdimenziós modelleken, melyek a perfekcionizmus pszichés konstruktumát kizárólag az egyén szempontjából értékelik pozitív vagy negatív, támogató vagy destruktív attitűdként, a perfekcionizmust szociális aspektusból vizsgálják, és e szerint három megjelenési formáját írják le. A háromdimenziós modell alapja a perfekcionista elvárások forrása. E szerint megkülönbözteti a szelforientált (önközpontú), a másokra irányuló és a társas elvárásként megélt perfekcionizmust.

A szelforientált perfekcionizmus forrása az egyén maga. Lényege, hogy az egyénnek magával szemben vannak magas elvárásai, melyek megnyilvánulnak egyrészt a magas célok kitűzésében, másrészt a minél inkább hibátlan, kimagasló teljesítmény nyújtásában. Ez a fajta perfekcionizmus erős belső

hajtóerőt jelenthet az egyénnek, mely támogató faktorként van jelen, ám magában hordozza a kevésbé jó teljesítmény miatti elégedetlenséget és a túlzott önkritikát is.

A másokra irányuló perfekcionizmus forrása mások tökéletes teljesítményének elvárása. Ez az elvárás az egyén környezetében lévőkre (munkatársakra, barátokra, családra, idegenekre) irányul. Az egyén frusztrációként éli meg, ha elvárásait a többiek nem teljesítik, erős kritikával él mások felé, amely konfliktusok forrása lehet, és negatív hatással lehet az egyén szociális kapcsolataira.

A társas elvárásként megélt perfekcionizmus forrása az egyénnek az az elképzelése, hogy mások várnak el tőle tökéletes teljesítményt, azaz meg kell felelnie másoknak, mert csak így nyerheti el a szeretetüket, tiszteletüket, megbecsülésüket stb. A siker elmaradása elutasítást, értékcsökkenést von maga után. Ez a forma mutatja a legerősebb kapcsolatot a distressz átélésével és a depresszióval (Tashman, Tenenbaum és Eklund 2010; Shafique, Gul és Raseed 2017).

A perfekcionizmus és a pszichés zavarok összefüggései

A kutatások rávilágítanak arra a tényre, hogy a perfekcionizmus hatással van az egyén mentális állapotára, akár pozitív, adaptív, akár negatív, maladaptív formában van jelen. Míg a pozitív forma támogató faktorként magas szintű motivációt, énhatékonyságot és erős megküzdési képességet biztosít az egyénnek, ezzel sarkallva a magasabb teljesítményre, addig a negatív megnyilvánulása összefüggésbe hozható a szorongással, a magasabb fokú önkritikával, az észlelt stressz magasabb szintjével és még számos egyéb pszichés diszfunkcióval (Dunkley, Blankstein és munkatársai 2000; Nordin-Bates 2014; Hill és Curran 2016; Jokste 2021).

A két- és háromdimenziós modellek képviselői egyaránt leírják, hogy az egyes pszichés diszfunkciók differenciáltan kapcsolódnak a perfekcionizmus különböző dimenzióival. A kétdimenziós modelleket bemutató tanulmányok szerint a maladaptív vagy negatív perfekcionizmus szorosabb összefüggést mutat a különböző típusú pszichés zavarokkal (észlelt stressz, szorongás, kiégés, rossz alvásminőség, észlelt társas támogatottság alacsony szintje) (Molnar, Reker és munkatársai 2006; Tashman, Tenenbaum és Eklund 2010; Molnar, Sadava és munkatársai 2012 ; Hill és Curran 2016; Shafique, Gul és Raseed 2017; Lin, Xie és munkatársai 2019 ; Rice és Liu 2020 ; Stricker, Kröger és munkatársai 2023; Yang, Yang és munkatársai 2023), mint az

adaptív vagy pozitív perfekcionizmus (Hewitt és Flett 1991b; Saboonchi és Lundh 1997 ; Hall, Kerr és Matthews 1998). A háromdimenziós, Hewitt-Flett-féle modell ugyanígy megállapítja, hogy a perfekcionizmus három formája különböző együttjárást mutat az egyes pszichés zavarokkal. Eredményeik azt mutatják, hogy a társas elvárásként megélt perfekcionizmus mutatja a legszorosabb összefüggést a szorongásos zavarokkal (Hewitt és Flett 1991b).

Perfekcionizmus és észlelt stressz, szorongás, depresszió

A perfekcionizmus negatív velejárói különböző formában jelenhetnek meg. Az elvárt teljesítménytől való elmaradás rontja az egyén önbecsülését, még akkor is, ha irreális célok esetén vall kudarcot, sőt, akár akkor is, ha a teljesítménye magas szintű, csak a saját maga által vagy a mások által vélelmezetten felállított standardoknak nem felel meg. Az el nem ért eredmények, illetve nem az elvártak szerinti teljesítmény stresszorként jelenhet meg az egyén életében, azaz az észlelt stressz mértéke magasabb lehet. A kutatási eredmények arra is rávilágítanak, hogy a társas elvárásként megélt perfekcionizmussal magasabb fokú észlelt stressz jár együtt, míg a szelforientált perfekcionizmussal élő egyéneknél ez lényegesen alacsonyabb szintű (Tashman, Tenenbaum és Eklund 2010; Shafique, Gul és Raseed 2017). Ez alapján vélelmezhető, hogy a másoknak való megfelelés túlzott vágya és a sikertelenséggel – vélelmezetten – együtt járó elítélés vagy a fontos mások tiszteletének, szeretetének elveszítése jelent stresszforrást az ilyen egyén számára. Ez utóbbitól való félelem állandó szorongást is jelenthet az egyénnek (Frost, Marten és munkatársai 1990). A kudarctól való félelem és az állandó szorongás csökkenti az énhatékonyságot és rontja a megküzdési képességet, mely könnyen vezet az ilyen egyéneknél elkerülő megküzdési stratégiákhoz (Dunkley, Zuroff és Blankstein 2003; Dunkley, Sanislow és munkatársai 2006b; Hill, Hall és Appleton 2010; Stoeber és Childs 2010; Hill, Stoeber és munkatársai 2014).

A mentális jóllét egyik alappillére a társas támogatottság. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a perfekcionizmus különböző megnyilvánulási formái az észlelt társas támogatottság szintjét is befolyásolják. A társas elvárásként megélt perfekcionizmus nagyobb együttjárást mutat az alacsonyabb szintű támogatottság érzetével, míg a szelforientált perfekcionisták magasabb szinten érzékelik a környezetük támogatását (Dunkley, Blankstein és munkatársai 2006a; Stoeber és Otto 2006; Molnar, Sadava és munkatársai 2012). Ez további, igen erős forrása lehet az észlelt stressz és szorongás magasabb szintjének, hiszen a társas elvárásként megélt perfekcionizmussal élő egyének

éppen azok támogatását érzik alacsonyabb szintűnek, akik elismerésére leginkább vágynak.

A perfekcionizmus az alvásra is hatással van: hozzájárulhat a rossz alvásminőséghez (Lin, Xie és munkatársai 2019; Stricker, Kröger és munkatársai 2022; Stricker, Kröger és munkatársai 2023). A perfekcionista aggodalmak szignifikáns kapcsolatot mutatnak a rosszabb alvásminőséggel, míg a perfekcionista törekvések és az alvás összefüggését kevésbé támasztják alá a megjelent tanulmányok (Stricker, Kröger és munkatársai 2023). A rossz alvásminőség negatívan befolyásolja az események emocionális és pszichoszociális értelmezését és emeli az észlelt stressz szintjét (Worley 2018). Azaz a perfekcionizmus által negatívan befolyásolt pszichés állapotot tovább ronthatja.

Perfekcionizmus és kiégés

Számos tanulmányban olvashatunk a perfekcionizmus és a kiégés összefüggéseiről (Garratt-Reed, Howell és munkatársai 2018; Collin, O'Selmo és Whitehead 2020; Rice és Liu 2020). Az eredmények egyértelműen azt mutatják, hogy a perfekcionizmus rizikótényező a kiégés tekintetében. Ennek oka lehet részben a magas elvárásoknak való megfeleléshez szükséges nagyobb erőfeszítések, másrészt az a fokozott érzelmi megterhelés, ami a hibázás miatti szorongásból, az erőteljes önkritikából, a másoknak való megfelelési vágyból adódik. Ezek mindegyike krónikus stresszhez, illetve kiégéshez vezethet. A többdimenziós modellek a kiégés tekintetében is differenciált együttjárást mutatnak a perfekcionizmus különböző megnyilvánulási formái és a kiégés között.

Hill és Curran (2016) metaanalízisükben arra a megállapításra jutottak, hogy a kiégés a perfekcionista aggodalmakhoz, tehát a negatív/maladaptív perfekcionizmushoz erősebben kötődik, míg a perfekcionista törekvésekre, azaz a pozitív perfekcionizmusra ez kevésbé jellemző. A kialakulás okaként pedig azt feltételezik, hogy a valós vagy vélt külső elvárásoknak való megfelelés, az állandó fenyegetettségnek kitett önértékelés, az ezek miatti nem ideális, inkább elkerülő megküzdési stratégiák folyamatosan fenntartják a negatív érzelmi élményeket, melyeknek köszönhetően az egyén sérülékenyebbé válik a kiégéssel szemben. (Hill és Curran 2016). Yang, Yang és munkatársai (2023) hasonlóan differenciált eredményre jutottak szisztematikus áttekintő tanulmányukban és metaanalízisükben: a

szelforientált perfekcionizmus nem mutat összefüggést, míg a társas elvárásként megélt perfekcionizmus pozitív összefüggést mutat a kiégéssel.

Perfekcionizmus és testkép- és étkezési zavarok

A testkép multidimenzionális fogalom, mely nemcsak a test méreteit foglalja magába, hanem az egyén saját testéhez való viszonyulásáról, gondolatairól, a teste által keltett érzésekről, a test elfogadásáról is szól (Szászi és Szabó 2021). A testképzavar kétféleképpen is megnyilvánulhat: egyrészt amikor az egyén nem képes reálisan érzékelni a saját testét, főleg annak méreteit, másrészt, amikor reálisan érzékeli, de nem tudja azt elfogadni. (Zoletić és Durakovic-Belko 2009). A perfekcionizmus kockázati tényező a testképzavarok, majd ennek talaján az étkezési zavarok kialakulásában is. Ennek alapja lehet egy irreális testképideál felállítása, az azzal való folyamatos összehasonlítás, az annak elérésére történő kényszeres törekvés, a mások ítélkezésétől való félelem, amennyiben az ideálistól eltér a testi megjelenés. Mindezek túlzott önkritikát, szégyenérzetet, szorongást váltanak ki az egyénből. Az ún. szociális fizikai szorongást, melynek forrása, hogy mások elismerését nem nyerheti el az egyén a testi adottságai miatt, sportolók körében például kifejezetten megfigyelték (Haase, Prapavessis és Owens 2002). De a normál populációban is ugyanígy jellemző, hogy a perfekcionizmus szignifikáns összefüggést mutat a testképpel való elégedetlenséggel (McComb és Mills 2021; Hicks, Kenny és munkatársai 2022).

A testképzavarral küzdő egyén az étkezésébe való drasztikus beavatkozással vagy akár túlzott testedzéssel próbálja elérni az általa ideálisnak vélt testalkatot. A testképpel kapcsolatos aggodalmakkal ezért ~~gyakorta~~ gyakran együtt járnak a különböző evészavarok. A kutatások a perfekcionizmus többdimenziós modelljeit is megvizsgálták az evészavarokkal összefüggésben és arra a megállapításra jutottak, hogy bizonyos mértékben mindegyik dimenziója hozzájárulhat az evészavarok kialakulásához. Stasckpole és munkatársai (2023) szisztematikus áttekintő tanulmányukban és metaanalízisükben arra a megállapításra jutnak, hogy a perfekcionista törekvések és aggodalmak egyaránt szignifikáns összefüggést mutatnak az evészavarokkal. Bardone-Cone és munkatársai (2010) a szelforientált és a társas elvárásként megélt perfekcionizmus tekintetében igazolja, hogy mindkettő kapcsolatba hozható az evészavarokkal. Úgy tűnik, kijelenthetjük, hogy a perfekcionizmus bármely megnyilvánulási formája elvezethet a testképzavarokhoz és az evészavarokhoz. A perfekcionizmus magasabb szintje

szignifikáns összefüggést mutat az evészavarokkal is (Barnes és Caltabiano 2017).

Perfekcionizmus a táncművészek körében

Az előadóművészek, így a táncosok személyiségének meghatározó eleme a perfekcionizmus, mely kiterjed a technikai tudásra, a művészi teljesítményre és természetesen a testi megjelenésre is. A tökéletességre való törekvés, a magasabb fokú perfekcionizmus azonban forrása lehet a táncosok szorongásának, az alacsonyabb önértékelésnek (Nordin-Bates és mtsai 2011; Nordin-Bates 2014). A táncos szelforientált perfekcionizmusa mellett a mester, a tánckarvezető által tanúsított vagy a táncos által neki tulajdonított perfekcionizmus hozzájárulhat a táncos társas elvárásként megélt perfekcionizmusához (Nordin-Bates 2014).

Mivel a táncművészek körében kiemelkedően magas a perfekcionizmus, vélelmezhető, hogy a mentális állapotukra is hatással van a több aspektusból is tökéletességre való törekvés. Teljesítményük egyik erős mozgatórugója a saját magukkal szembeni magas elvárások, de előadóművészként a másoknak (közönségnek, tánckarvezetőnek) való megfelelés is meghatározza attitűdjüket. Különösen igaz ez a magyar táncéletben, mely a mai napig hagyományosan tekintélyelvű, ezzel komoly nyomást helyezve a tánc iránt elkötelezett táncművészekre a vezetőikkel való kapcsolatuk tekintetében, amely erőteljesen befolyásolja mentális jóllétüket és teljesítményüket. A másoknak való állandó megfelelési vágy és a „nem vagyok elég jó” esetleges negatív érzelmi élmény szorongást okozhat a táncosnak. A szorongás mértéke pedig egyenes arányban nő a perfekcionizmus mértékével (Nordin-Bates és mtsai 2011).

A táncművészek körében erős tendencia mutatkozik a kiégéshez vezető perfekcionizmusra. A tökéletességre való törekvés (teljesítményben és testképben), az egész éves magas teljesítmény fenntartása, a szorongások okozta érzelmi megterhelés könnyen hajszolja kiégésbe a táncost (Koutedakis 2000; Cumming és Duda, 2012; Nordin-Bates, Schwarz és munkatársai 2016; Nordin-Bates, Raedeke és Madigan 2017).

Tekintve, hogy egyes táncstílusoknál a testi megjelenést kritikusan szemlélik, a táncosokban kialakul az a túlzott elvárás, hogy testalkatuknak tökéletesnek kell lennie, illetve ennek következtében egy túlzott kontroll, mely étkezési zavarokat, kényszeres testmozgást eredményezhet (Ruggiero, Levi és munkatársai 2003; Zoletić és Durakovic-Belko 2009). A perfekcionizmussal

összefüggésben azt találták, hogy a magasabb szintű perfekcionizmust mutató táncosok körében az evészavar gyakoribb (Nordin-Bates, Schwarz és munkatársai 2016). Egy 2014-es szisztematikus áttekintő tanulmány és metaanalízis kimutatta, hogy a táncosoknál háromszor nagyobb az esélye annak, hogy evészavar alakuljon ki (Arcelus, Witcomb és Mitchell 2014). Zoletić és Durakovic-Belko (2009) szintén arra a megállapításra jutottak, hogy a táncosok hajlamosabbak a testképzavarra, s ezáltal az evészavarokra.

Összefoglalás

A perfekcionizmus multidimenzionális pszichés konstruktum, melyet a szakemberek az 1950-es évek óta vizsgálnak. Míg a korai klinikai tapasztalatokra építve jobbára negatív személyiségjegyként, pszichopatológiaként tekintettek rá, a ’70-80-as évektől kezdve ez a vélekedés megkérdőjeleződött és a kutatók szélesebb körben vizsgálták a megnyilvánulási formáit, illetve a mentális egészségre gyakorolt hatását. A leginkább elfogadott megközelítések a két- és háromdimenziós modellek.

A kétdimenziós modellek többnyire pozitív és negatív kimenetelhez társítják a perfekcionizmus jelenlétét és olyan dimenziókba sorolják e két lehetséges megnyilvánulást, mint adaptív és maladaptív, funkcionális és diszfunkcionális, egészséges és egészségtelen stb. Pozitív/adaptív megnyilvánulásában kifejezetten támogató faktorként jelenik meg az egyén pszichés jólléte, teljesítménye, szociális kapcsolatai tekintetében. A siker katalizátoraként magasabb fokú énhatékonyságot, sikeresebb megküzdési stratégiák alkalmazását vonja maga után. Kevesebb pszichés diszfunkció figyelhető meg az ilyen egyéneknél. Ezzel szemben a negatív/maladaptív megnyilvánulásához szignifikánsan több pszichés zavar kapcsolódik, úgy mint magasabb fokú észlelt stressz és szorongás, csökkent énhatékonyság, maladaptív megküzdési stratégiák, észlelt társas támogatottság alacsonyabb szintje, kiégésre való erősebb hajlam, esetenként testkép- és evészavarok. Összességében a perfekcionizmus rizikófaktorként értékelhető a mentális egészség tekintetében.

A háromdimenziós modell Hewitt és Flett (1991a) nevéhez kapcsolódva, szociális aspektusból vizsgálva, megkülönbözteti a szelforientált (önközpontú), a másokra irányuló és a társas elvárásként megélt perfekcionizmust. A kutatási eredmények alapján úgy tűnik, hogy a szelforientált megnyilvánulási formához lényegesen kevesebb, míg a társas

elvárásként megélt perfekcionizmushoz szignifikánsabb több pszichés diszfunkció társul.

A táncművészek személyiségének jellemző jegye a perfekcionizmus a maguk elé állított magas elvárások és a másoknak való megfelelés túlzott szintje miatt, mely számos pszichés zavar kialakulásának lehet forrása.

Felhasznált irodalom

1. Adkins K. K.; Parker W. (1996): Perfectionism and suicidal pre-occupation. Journal of Personality 64: 529–543.
2. Arcelus J.; Witcomb G. L.; Mitchell A. (2014): Prevalence of Eating Disorders amongst Dancers: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Eating Disorder Review 22(2): 92–101.
3. Bardone-Cone A. M; Sturm K.; Lawson M. A.; Robinson D P; Smith R (2010): Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. Int J Eat Disord 43(2): 139–148.
4. Barnes M. A.; Caltabiano M. L. (2017): The interrelationship between orthorexia nervosa; perfectionism; body image and attachment style. Eat Weight Disord 22(1): 177–184.
5. Collin V.; O'Selmo E.; Whitehead P. (2020): Stress; psychological distress; burnout and perfectionism in UK dental students. Br Dent J 229(9): 605–614.
6. Cumming J.; Duda J. L. (2012): Profiles of perfectionism; body–related concerns; and indicators of psychological health in vocational dance students: An investigation of the 2 x 2 model of perfectionism. Psych Sport Ex 13: 729–738.
7. Dunkley D. M.; Blankstein K. R.; Halsall J.; Williams M.; Winkworth G. (2000): The relation between perfectionism and distress: Hassles; coping; and perceived social support as mediators and moderators. Journal of Counseling Psychology 47: 437–453.
8. Dunkley D. M.; Zuroff D. C.; Blankstein K. R. (2003): Self-critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. Journal of Personality and Social Psychology 84: 234–252.
9. Dunkley D. M.; Blankstein K. R.; Zuroff D. C.; Lecce S.; Hui D. (2006a): Self-critical and personal standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. Personality and Individual Differences 40: 409–420.
10. Dunkley D. M.; Sanislow C. A.; Grilo C. M.; McGlashan T. H. (2006b): Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: negative social interactions; avoidant coping; and perceived social support as mediators. Comprehensive Psychiatry 47(2): 106–115.

11. Flett G. L.; Hewitt P. L. (2002): Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical; definitional; and treatment issues. In: Hewitt P L; Flett G L (eds): Perfectionism. Washington DC: American Psychological Association. p. 5–31.
12. Frost R. O.; Marten P.; Lahart C.; Rosenblate R. (1990): The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research 14(5): 449–468.
13. Frost R. O.; Heimberg R. G.; Holt C. S.; Mattia J. I.; Neubauer A. L. (1993): A comparison of two measures of perfectionism. Personality and Individual Differences 14: 119–126.
14. Garratt-Reed D.; Howell J.; Hayes L.; Boyes M. (2018): Is perfectionism associated with academic burnout through repetitive negative thinking? Peer J 6: e5004.
15. Haase A. M.; Prapavessis H.; Owens R. G. (2002): Perfectionism; social physique anxiety and disordered eating: A comparison of elite male and female athletes. Psych Sport Ex 3(3): 209–222..
16. Hall H. K.; Kerr A. W.; Matthews J. (1998): Precompetitive anxiety in sport: the contribution of achievement goals and perfectionism. Journal of Sport and Exercise Psychology 20: 94–217.
17. Hamachek D. E. (1978): Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology: A Journal of Human Behavior 15: 27–33.
18. Hewitt P.L., Flett G.L. (1991a): Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. J Pers Soc Psychol. 60(3): 456–470.
19. Hewitt P. L.; Flett G. L. (1991b): Dimensions of perfectionism in unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology 100: 98–101.
20. Hicks R. E.; Kenny B.; Stevenson S.; Vanstone D. M. (2022): Risk factors in body image dissatisfaction: gender; maladaptive perfectionism; and psychological wellbeing. Heliyon 8(6): e09745.
21. Hill A. P.; Hall H. K.; Appleton P. R. (2010): Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: The mediating role of coping tendencies. Anxiety Stress & Coping 23(1): 415–430.
22. Hill A. P.; Stoeber J.; Brown A.; Appleton P. R. (2014): Team perfectionism and team performance: A prospective study. Journal of Sport & Exercise Psychology 36: 303–315.

23. Hill A. P.; Curran T. (2016): Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. Personality and Social Psychology Review 20(3): 269–288.
24. Horney K. (1951): Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization. London: Routledge & Kegan Paul.
25. Jokste I. (2021): Perfectionism: Resource of pathology. In: Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference, Vol VII, Psychology, May 28–29, 2021.
26. Koutedakis Y. (2000): "Burnout" in Dance the Physiological Viewpoint. Journal of Dance Medicine Science 4: 122–127.
27. Lin R. M.; Xie S. S.; Yan Y. W.; Chen Y. H.; Yan W. J. (2019): Perfectionism and adolescent sleep quality: The mediating role of repetitive negative thinking. Journal of Health Psychology 24(12): 1626–1636.
28. McComb S. E.; Mills J. S. (2021): Young women's body image following upwards comparison to Instagram models: The role of physical appearance perfectionism and cognitive emotion regulation. Body Image 38: 49–62.
29. Molnar D. S.; Sadava S. W.; Flett G. L.; Colautti J. (2012): Perfectionism and health: a mediational analysis of the roles of stress; social support and health-related behaviours. Psychology & Health 27(7): 846–864.
30. Molnar D. S.; Reker D. L.; Culp N. A.; Sadava S W; DeCourville N H (2006): A mediated model of perfectionism; affect; and physical health. Journal of Research in Personality 40: 482–500.
31. Nordin-Bates S. M.; Cumming J.; Aways D.; Sharp L. (2011): Imagining yourself dancing to perfection? Correlates of perfectionism in ballet and contemporary dance. Journal of Clinical Sport Psychology 5: 58–76.
32. Nordin-Bates S. (2014): Perfectionism. IADMS Resource Paper for Dancers and Teachers.
33. Nordin-Bates S. M.; Schwarz J. F.; Quested E.; Cumming J.; Aujla I. J.; Redding E. (2016): Within- and between-person predictors of disordered eating attitudes among male and female dancers: Findings from the UK Centres for Advanced Training. Psychology of Sport and Exercise 27(6): 101–111.

34. Nordin-Bates S. M.; Raedeke T. D.; Madigan D. J. (2017): Perfectionism; burnout; and motivation in dance: A replication and test of the 2×2 model of perfectionism. Journal of Dance Medicine and Science 21(3): 115–122.
35. Rhéaume J.; Freeston M. H.; Ladouceur R.; Bouchard C.; Gallant L.; Talbot F.; Vallières A. (2000): Functional and dysfunctional perfectionists: are they different on compulsive-like behaviors? Behaviour Research and Therapy 38(2): 119–128.
36. Reinhardt Melinda; Drubina Boglárka; Kökönyei Gyula (2023): Az önkritikus perfekcionizmus mint mentális betegségtünet és nem szuicidális önsértés prediktor kamaszok körében. Magyar Pszichológia Szemle 78(2): 161–185.
37. Rice K. G.; Ashby J. S.; Slaney R. B. (1998): Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equation analysis. Journal of Counseling Psychology 45: 304–314.
38. Rice K. G.; Liu Y. (2020): Perfectionism and burnout in R&D teams. Journal of Counseling Psychology 67(3): 303–314.Ruggiero G.M., Levi D., Ciuna A., Sassaroli S. (2003): Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. Int J Eat Disord (34): 220–226.
39. Saboonchi F.; Lundh L. G. (1997): Perfectionism; self-consciousness and anxiety. Personality and Individual Differences 22: 921–928.
40. Shafique N.; Gul S.; Raseed S. (2017): Perfectionism and perceived stress: The role of fear of negative evaluation. International Journal of Mental Health 46(4): 312–326.
41. Stackpole R.; Greene D.; Bills E.; Egan S. J. (2023): The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. Eating Behaviors 50: 101769.
42. Stoeber J.; Otto K. (2006): Positive conceptions of perfectionism: Approaches; evidence; challenges. Personality and Social Psychology Review 10(4): 295–319.
43. Stoeber J..; Childs J. H. (2010): The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. Journal of Personality Assessment 92: 577–585.

44. Stricker J.; Kröger L.; Küskens A.; Gieselmann A.; Pietrowsky R. (2022): No perfect sleep! A systematic review of the link between multidimensional perfectionism and sleep disturbance. Journal of Sleep Research 31(5): e13548.
45. Stricker J.; Kröger L.; Johann A. F.; Küskens A.; Gieselmann A.; Pietrowsky R (2023): Multidimensional perfectionism and poor sleep: A meta-analysis of bivariate associations. Sleep Health 9(2): 228–235.
46. Stumpf H.; Parker W. D. (2000): A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. Personality and Individual Differences 28: 837–852.
47. Szászi Bálint; Szabó Péter (2021): A táncos test: egészség; testi elégedettség; testhez való viszony; evési attitűdök és önértékelés vizsgálata táncosok körében. Tánc és Nevelés 2(1): 4–29..
48. Tashman L. S.; Tenenbaum G.; Eklund R. (2010): The effect of perceived stress on the relationship between perfectionism and burnout in coaches. Anxiety, Stress & Coping 23(2): 195–212.
49. Terry-Short L. A.; Owens R. G.; Slade P. D.; Dewey M. E. (1995): Positive and negative perfectionism. Personality and Individual Differences 18: 663–668.
50. Worley S. L. (2018): The extraordinary importance of sleep: The detrimental effects of inadequate sleep on health and public safety drive an explosion of sleep research. P T 43(12): 758–76
51. Yang J H; Yang H J; Choi C; Bum C H (2023): Systematic review and meta-analysis on burnout owing to perfectionism in elite athletes based on the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) and Athlete Burnout Questionnaire (ABQ). Healthcare (Basel) 11(10): 1417.
52. Zoletić E; Duraković-Belko E (2009): Body image distortion; perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. Psychiatria Danubina 21(3): 302–309.

Bridging cultures in healthcare: integration of traditional medicine with modern medicine in Nigeria

Maryam Mojisola Lasisi[1]

[1]student, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Debrecen, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4, 4400

INFO

Lasisi Maryam Mojisola
lasisimaryam1@gmail.com

Keywords:
traditional medicine, modern medicine, healthcare integration, healthcare delivery, patient outcomes

ABSTRACT

Bridging cultures in healthcare: integration of traditional medicine with modern medicine in Nigeria: Traditional medicine is being adopted worldwide due to globalization. In Africa, since colonial rule, a combination of the two healthcare systems has taken place. Although modern medicine comes with sophisticated equipment and drugs, it is often secluded from traditional medicine deeply rooted in Nigeria's ancient cultural heritage. Nigeria's health care system is filled with problems due to lack of resources, cultural insensitivity, and lack of infrastructure in modern medicine. This often leads to a gap between traditional and modern medical practices leading to poor patient care and health outcomes. Integrating traditional medicine with modern healthcare systems presents a promising approach to improving health outcomes, patient care, and cultural heritage. This research, through literature reviews, aims to investigate the effectiveness of integration, identify the issues with integration, and explore the impact on healthcare service, patient outcomes, and cultural practices.

Kulcsszavak:
Hagyományos orvoslás,
Modern orvoslás,
Egészségügyi integráció,
Egészségügyi ellátás,
Betegkimenetel

Kultúrák összekapcsolása az egészségügyben: a hagyományos és a modern orvoslás integrálása Nigériában: A hagyományos orvoslás világszerte egyre inkább elfogadottá válik a globalizáció következtében. Afrikában, a gyarmati uralom óta, a két egészségügyi rendszer kombinációja megfigyelhető. Bár a modern orvoslás fejlett eszközökkel és gyógyszerekkel rendelkezik, gyakran elszigetelődik a hagyományos orvoslástól, amely mélyen gyökerezik Nigéria ősi kulturális örökségében. Nigéria egészségügyi rendszere számos problémával küzd, köztük forráshiánnyal, kulturális érzékenység hiányával és a modern orvoslás infrastruktúrájának elégtelenségével. Ez gyakran szakadékot eredményez a hagyományos és a modern orvosi gyakorlatok között, ami rosszabb betegellátáshoz és egészségügyi eredményekhez vezet. A hagyományos orvoslás integrálása a modern egészségügyi rendszerekbe ígéretes megközelítést jelent az egészségügyi eredmények, a betegellátás és a kulturális örökség javítására.
Ez a kutatás, irodalmi áttekintésen keresztül, célja annak vizsgálata, hogy mennyire hatékony az integráció, azonosítani az integrációval kapcsolatos problémákat, és feltárni a hatását az egészségügyi szolgáltatásokra, a betegek eredményeire és a kulturális gyakorlatokra.

Introduction

To maintain optimal health, particularly through disease prevention and treatment, each society provides its members with a healthcare delivery system based on an understanding of the importance of health, which is necessary for life. Through interactions with their surroundings, these societies created indigenous medical systems that addressed the needs of their people (Adefolaju 2014). The Alma-Ata Declaration of the International Conference on Primary Health Care in 1978 established health as a fundamental human right (Ouoba, Fofana and Semdé 2022). According to the declaration, achieving the best possible health is a major worldwide societal objective that encompasses a wide range of social domains outside of modern medicine (Ouoba, Fofana and Semdé 2022).

Globally, traditional medicine is used as primary health care, especially in Asia, Pacific islands, and African nations. In nations where traditional medicine is widely practiced, it is regarded as a custom and way of life that is ingrained in society as well as a type of medical care (Kim, Kim and colleagues 2020). Furthermore, the value put on health in Africa has given traditional medicine and its practitioners a significant and respectable role in all societies (Adu-Gyamfi and Anderson 2019). In Nigeria, since colonial rule, a combination of the two healthcare systems has taken place, although the two forms coexist independently (Igimoh 2024). These healthcare systems can generally be categorized into two main groups: modern (which includes conventional, orthodox, western, or allopathic practices) and traditional (often referred to as indigenous, complementary, alternative, or integrative practices) (Chukwuma, Kevin and colleagues 2016).

Traditional medicine is viewed in many parts of Africa as an integrated understanding of nature, encompassing not only the physical world but also the environment of living and deceased humans as well as the metaphysical energies of the cosmos (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015) while modern medicine is based on human clinical trials, toxicity studies, and strong empirical proof (Chukwuma, Kevin and colleagues 2016). Legislatures, scholars, and medical experts have noticed Nigeria's rising need for and appeal of traditional medicine treatments. (Ajala, Kolawole and colleagues 2019) about 85% of Nigerians rely on traditional medicine for a variety of reasons; this dependence is particularly notable in underprivileged areas where access to modern medicine is scarce. However, it is challenging to fully understand

the factors that contribute to the widespread use of traditional medicine, even though social and cultural factors and the type and severity of illnesses are some of the causes of traditional medicine use (Ajala, Kolawole and colleagues 2019).

Bukhari & Shehu (2021) suggested that restricted access to modern medicine, as well as other issues including expense and concern of counterfeit or expired medications, are reasons most people in rural areas prefer to use traditional medicine. Consequently, traditional medicine has been used to treat a variety of conditions, including diabetes, HIV, cancer, and hypertension. Children are frequently treated by their parents using traditional medicine, which has been shown to be effective in treating sickle cell disease, asthma, and epilepsy (Li, Agwai and colleagues 2020). Concurrently, the integration of traditional medicine with modern medicine is becoming increasingly prevalent with around 95% of individuals combining it with modern medicine when treating an ailment (Adefolaju 2014).

Methodology

A literature review of selected articles published in databases such as PubMed, Google Scholar, and AJOL, keywords, boolean operators, and synonyms was conducted in the search strategy to expand the search term because several terms have been used in the literature to refer to the same concept. The research included different types of studies e.g., randomized controlled trials, observational studies, and qualitative studies to ensure transparency and replicability. Criteria to include or exclude studies will be based on the relevance to integration of both forms of medicine. Additionally, the timeframe for the literature search will be articles dated earlier than 2014 and studies published in languages other than English will be excluded due to resource limitations for translation. The analysis involved findings of the selected studies identifying gaps, key themes, and effective integration strategies, to support the integration process.

Traditional Medicine in Nigeria

Traditional medicine has a rich history that dates to ancient times when humans started using plants to treat their illnesses. It is buried in myths of culture and folktales, the majority of which have not been extensively investigated (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015). Although people and societies continue to find innovative methods that have the potential to revolutionize

medical science practice, traditional medicine is evolving (Okafor, Ikpeama and colleagues 2021). Traditional medicine is thought to be a blend of practice and knowledge that is used to detect, prevent, and cure illnesses. According to Ozioma & Chinwe (2019), this may be based on knowledge and experience from previous generations that have been passed down orally, often in the form of tales, spiritually by ancestors, or in writings in more recent times. The World Health Organization defined Traditional medicine as the total of the knowledge, skill, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness (WHO 2019). Concurrently, A traditional medical practitioner is someone who practices medicine employing plants, vegetables, animals, minerals, and other natural materials. They are accepted by the local population as authorized physicians and are informed by understanding societal and faith traditions as well as community-wide knowledge, opinions, and convictions about the root causes of diseases and illnesses and the preservation of people's psychological, spiritual, physical, and social well-being (Bukhari and Shehu 2021). They are also perceived as capable, adaptable, seasoned, and reliable (Ozioma and Chinwe 2019).

In addition, herbalists, native doctors, native healers, medicine men, and witch doctors are among the Traditional Medicine Practitioners in Nigeria who practiced before Modern Medicine was introduced. For Yoruba speakers, they are known as Babalawo's, Adahunse, or Onisegun; for Ibibio speakers, they are Abia ibok; for Igbo speakers, they are Dibia; for Hausa speakers, they are Boka; and for South Africans, they are Sangoma or Nyanga (Balogun, 2021a). Many renowned healthcare intellectuals throughout history were accomplished herbalists, including Theophrastus of Athens (370 B.C.), Hippocrates (460 B.C.), Pliny the Elder (A.D. 23), Dioscorides (A.D. 60), Galen (131 A.D.), St. Columba (A.D. 563), and Avicena (A.D. 980) (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015). These physicians laid the groundwork for the evolution of traditional medicine from prehistory to modern medicine (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015). The emergence of Traditional Medicine in Nigeria resulted in numerous types of therapeutic practices including homeopathy, herbal medicine, massage, mud baths, music therapy, dance therapy, hydrotherapy, dietetics, chiropractic care, psychotherapy, setting of bones, Traditional Birth Attendant TBAs perform delivery, and circumcisions performed by Traditional Surgeons (Ajala, Kolawole and colleagues 2019). In

most cases, these practices are handed over through the generations by transmitting knowledge orally or by employing apprenticeship systems (Ozioma and Chinwe 2019). These techniques are widely used in Nigeria today due to the country's multicultural development, but they haven't been integrated into the official healthcare systems because of legal restrictions (Bukhari and Shehu 2021).The impact of colonization on traditional medicine led to an embargo, which was partly founded on the assumption that the notion of sickness and disease across Africa was inherently ingrained in "witchcraft," which, according to Modern understanding, fosters "backwardness," "superstition," and "dark continent" (Balogun 2021) Colonial rulers and several Christian denominations saw traditional medicine as hazardous and damaging to health, associating the practice with fetish cults. Despite these limitations, there is proof that traditional medicine is prevalent in African villages and cities, even with modern healthcare services accessible to suit diverse requirements (Ajala, Kolawole and colleagues 2019).

In recent times, The use of traditional medicine, particularly its pharmacological aspects, is experiencing a global resurgence in both affluent and emerging nations, with 38% of citizens in Belgium, 42% in the US, 48% in Australia, 70% in Canada, and 75% in France utilized traditional medicine at least once (Ampomah, Malau-Aduli and colleagues 2020), this is seemly because of traditional medicine's holistic approach, low cost, seeming lack of adverse effects and the therapeutic potential of traditional medicines in treating a range of medical disorders has been highlighted by recent investigations according to Kendi (2024). However, despite the possible advantages, there are issues with the efficacy profile of some herbal treatments and the standardization of traditional medicine methods (Kendi 2024). As per Chukwuma, Kevin and colleagues (2016), traditional medicine standardization and control for both raw materials and finished goods are scarce, the herbal sector lacks standards for production, and the pharmacopeia in herbal goods is typically unavailable. In contrast to modern medicine, where advancement in knowledge is accomplished through universal investigation, empirical study, and dedication, it highlights the necessity for integrating traditional and modern medicine into the national healthcare delivery system.

Despite modern medicine's advancements, Nigeria faces challenges like resource shortages and cultural insensitivity, resulting in a disconnect between traditional and modern practices and hindering the integration process (Balogun 2021a). Efforts to recognize traditional medicine have been ongoing

since Nigeria's independence, with notable milestones including the University of Ibadan's research approval in 1966, the international symposium on traditional medicine in 1973, and various laws enacted in the 1980s to regulate traditional medicine practices. These initiatives highlight the importance of traditional medicine within Nigeria's healthcare system and the need for effective integration to enhance healthcare delivery (Balogun 2021b).

Modern Medicine in Nigeria

Nigeria’s healthcare landscape changed, especially in the context of modern medicine, when it was introduced in Nigeria during the British colonial periods. Initially, hospitals or clinics were established by missionaries and by colonial administrators to serve expatriates and converts, though as the era progressed, they began to serve all community residents. Over time, these facilities expanded to include indigenous populations, laying the foundation for Nigeria’s current healthcare system (Sharmara and Jammal 2023). Scientific advancements that were also brought by modern medicine revolutionized healthcare.

Diseases such as smallpox were no more prevalent through vaccination programs, while antibiotics and the introduction of surgical innovations reduced mortality rates by a large extent (Castiglioni 2019). Medical schools such as the University Teaching Hospital Ibadan, had been training local healthcare professionals which grew the professionalized medical workforce. Modern medicine remains at the core of Nigeria’s health care system today. Evidence-based practices, advanced diagnosis tools, and pharmaceutical interventions characterize its features (Sharmara and Jammal 2023).

On the other hand, the current national healthcare system in Nigeria is structured into primary, secondary, and tertiary levels of care.Healthcare services offered at the primary level include health centres, clinics and dispensaries for the purposes of meeting at the local community level. They provide basic services, such as immunization, maternal and child healthcare, and common illnesses treatment, however, they are frequently underfunded, poorly equipped and staffed by persons with little or no training (Alenoghena ,Aigbiremolen and colleagues 2014). Gaps in service delivery are enormous, especially in rural areas where there is only primary healthcare.

As per Umoke, Umoke and colleagues (2020), secondary care is delivered through general hospitals, which serve as referral centres for patients requiring more specialized treatment. Too often these hospitals have an overstressed

staff and inadequate resources, hindering the hospitals' ability to deliver timely and effective care (Egwuenu, Ejikeme and colleagues 2022). The tertiary level tending to specialized care is in teaching hospitals, federal medical centres and specialist hospitals. These facilities have state-of-the-art diagnostic, therapeutic, and others, but they are, for the most part, concentrated in urban settings, leaving the rural population with little comfort (Ogunleye, Oyawole and colleagues 2022). Additionally, the entire healthcare system has a problem with underfunding, medical professionals' brain drain and systemic inefficiencies (Oleribe, Momoh and colleagues 2019).

Integration

In view of the challenges in the healthcare sector in Nigeria, bringing together traditional and modern medicine becomes an innovative solution. Integrating traditional medicine with modern healthcare systems in Nigeria presents a promising approach to enhancing health outcomes, promoting holistic patient care, and preserving cultural heritage (Kendi 2024). The integration of modern medicine and traditional medicine into African health systems has been advocated by the African Union (AU) and the World Health Organization (WHO) as a means of providing accessible and reasonably priced healthcare for the continent's constantly expanding population. Additionally, to preserve indigenous knowledge and allow "for a sustainable exploitation of traditional medicine for better health," the WHO's call from Alma Ata was the first step towards bridging the gap between traditional medicine and modern medicine (Okafor, Ikpeama and colleagues 2021).

Integration is proposed in this document as the process of joining components to create a whole or function as a unit. Integration is defined as the process of widening the area of healthcare provision through interaction, involvement, accommodation, and collaboration between modern and traditional healthcare systems while preserving traditional medicine ó This involves introducing traditional medicines, techniques, and knowledge into modern medicine and exposing practitioners of both systems to the philosophies and theories of the systems to provide effective preventive and curative treatment for all people (Okafor, Ikpeama and colleagues 2021).

The main objective of a fully integrated healthcare system is to provide high-quality healthcare to the people in an equitable and satisfactory manner while avoiding excessive costs. A wide range of empirical and theoretical evidence suggests that integrating the two medical systems would improve the delivery

of healthcare in the whole nation. The integration that such seeks is an attempt to integrate the strengths of both systems to construct what would be a more holistic, accessible and culturally sensitive framework for healthcare as suggested by Olsson and Akpan (2023).

Affordability, cultural relevance, and wide availability especially in areas where traditional medicine is important (underserved areas) are offered by traditional medicine. However, modern medicine offers scientifically proven treatments and the ability to deal with difficult health problems (Sharmara and Jammal 2023). These complementary strengths could be integrated allowing patients a wider choice of effective healthcare options. For instance, traditional herbal remedies could be scientifically studied, standardized, and incorporated into modern therapeutic regimens. Similarly, medical professionals could combine their efforts with traditional healers in providing culturally appropriate care while having safety standards. Such collaboration has the potential to reduce healthcare outcomes as seen in successful other models of integration seen in countries like China and India (Parvee, Parveen and colleagues2020; Wang, Zhou and colleagues 2021).

Furthermore, the goal of integrating traditional medicine is to increase the population's health-seeking behavior and expand the reach of health delivery (Ampomah, Malau-Aduli and colleagues 2020). In addition, the purpose for integrating traditional and modern medicine extends from the need for healthcare workers to tackle the disease burden borne by the healthcare system to the desire to provide patients with a variety of forms of treatment while also nurturing cultural heritage (Lakshmi, Nambiar and colleagues 2014).

To integrate traditional medicine into healthcare systems, the World Health Organization's (WHO) and the States' governing bodies have approved a number of laws and declarations on the topic as part of the Alma-Ata Declaration (Ouoba, Fofana and Semdé 2022). Following resolution AF/RC50/R3, the WHO Regional Committee adopted the Regional Traditional Medicine Strategy in 2000, specifically for Africa. Its goal is to maximize the usage of traditional medicine in modern health systems to help attain "health for all" in the continent and preserve indigenous knowledge (Ouoba, Fofana and Semdé 2022).

According to Okafor, Ikpeama and colleagues (2021) the Alma-Ata Declaration was the first step towards bridging the gap between traditional medicine practitioners and modern medicine practitioners. This resulted in numerous African nations creating policies and legislative structures to

encourage the incorporation of traditional medicine into their modern medical systems. This has included the implementation of expedited standardization processes for traditional medicine licenses, supervision of traditional medicine practice, and the establishment of governmental regulations for traditional medicine. (Ouoba, Fofana and Semdé 2022).

Integration has been a slow process but has made increasing strides in Nigeria. Research on traditional remedies has been initiated by the National Institute for Pharmaceutical Research and Development (NIPRD) and other bodies (Ibrahim, Gegele and colleagues 2023). Nevertheless, major obstacles remain, including regulatory gaps, professional scepticism and lack of funding. Solving these problems is essential if integration is to deliver on the stated potential to make its mark in addressing the urgent healthcare problems facing Nigeria. Additionally, further studies are needed to fully certify its medicinal properties with NAFDAC. Authorities should create Faculties of Natural Medicine in chosen institutions and register Traditional Medicine facilities to guarantee standards of care are followed. Investigation into Traditional Medicine ought to extend above basic ethnobotanical studies (Borokini and Lawal 2014).

Nevertheless, Traditional Medicine remains not adequately integrated into the Nigerian healthcare system, except for minor NAFDAC regulations through licensing of production plants/industries and guaranteeing the safety of packed herbal commodities purchased in the marketplace (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015). According to Ampomah, Malau-Aduli and colleagues (2020), integration can only be successful if contextual factors—such as the conceptual framework of the health system, sociocultural traits, and stakeholder perspectives—are carefully taken into account during the integration process. Health professionals, service recipients, and the larger social and political framework in which health systems function are all significant variables. Additionally, the structure of the relationships among all parties involved in the health sector largely determines how effective an integrated health system is (Ampomah, Malau-Aduli and colleagues 2020).

Challenges of integration

While many nations throughout the globe have acknowledged the benefits of Traditional Medicine, and some have even succeeded in integrating it with their healthcare system, it is important to recognize that the procedures involved in doing so aren't always simple. Below are a few obstacles to traditional medicine's integration into the healthcare delivery system:
Standardization: The integration of traditional medicine into formal healthcare standards faces significant challenges due to non-standardization, lack of empirical evidence, and insufficient competencies among practitioners for diagnosing illnesses and determining dosages (Park and Canaway 2019). Many practitioners lack the tools needed for medical assessments, leading to a perception of traditional medicine as untrustworthy, particularly in Nigeria. The effectiveness of herbal remedies varies due to low-quality production and inconsistency (Park and Canaway 2019). Additionally, the lack of scientific evidence regarding safety and efficacy hamper the legal marketing and formal inclusion of traditional medicine in treatment regimens for priority diseases. Standardization efforts may also risk separating the holistic and spiritual aspects of healing that are important to many patients (Ouoba, Fofana and Semdé 2022).

Secrecy: The secrecy among traditional medicine practitioners in Nigeria hampers the transmission of knowledge, leading to a loss of valuable information due to poor documentation and aging practitioners. Many practitioners keep their remedies confidential, and with the rapid decline of biological resources, there is an urgent need to document the medicinal properties of herbs. Additionally, traditional knowledge is often viewed as collective ownership with minimal legal protection compared to intellectual property, creating distrust among practitioners and researchers seeking to study this knowledge (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015; Ajala, Kolawole and colleagues 2019).

Regulatory framework: The regulation of Traditional Medicine (TM) faces significant challenges, including legislative issues, quality assurance, hazard surveillance, risk evaluation, and a lack of understanding among policymakers, as highlighted by the World Health Organization (Awodele, Amagon and colleagues 2014). In Nigeria, healthcare decisions are often influenced by international financial perspectives, leading to increased investments in

modern medical technology while neglecting TM. Government support for modern medicine has created a perception that it is superior to TM. Additionally, political instability hinders the integration of TM into the healthcare system, as new administrations may prioritize different objectives, disrupting continuity in healthcare initiatives (Balogun 2021b).

Religion: The development of Traditional Medicine (TM) is hindered by ethnic diversity and differing religious beliefs. People often prefer traditional healers to their own ethnicity or those who share their religious practices. Some faiths view TM as idolatrous, discouraging its use among their followers. Additionally, the association of TM with spirituality and occult practices deters many individuals from seeking help, despite the potential benefits. The presence of fraudulent practitioners looking to exploit those in need further complicates the situation (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015; Ajala, Kolawole and colleagues 2019).

Mindset: Modern medical practitioners in Nigeria are hesitant to integrate Traditional Medicine into mainstream healthcare, partly due to the negative perceptions surrounding it. This reluctance is influenced by their formal education. To address this issue, incorporating traditional medicine programs into educational curricula is suggested. Additionally, there is a lack of cooperation between practitioners of traditional and modern medicine which hinders recognition of traditional medical practices (Ouoba, Fofana and Semdé 2022).

Drug interaction: Drug interactions can occur with modern medicine when used alongside traditional medicine. Increased awareness of traditional medicine's use has led researchers to examine its efficacy, with some Nigerian herbal remedies showing effectiveness against malaria (Li, Agwai and colleagues 2020). However, traditional medicine often disrupts adherence to medical regimens and can lead to significant herb-drug interactions and adverse effects. Many patients fail to disclose their use of traditional treatments to their conventional physicians, as clinicians often do not inquire about it, which can impact treatment outcomes (Li, Agwai and colleagues 2020; Ajala, Kolawole and colleagues 2019).

Other challenges: Fake TMPs are a major concern for TM practitioners. The present financial circumstances and joblessness have led to a surge in the variety of TMPs, but sadly, there are also many charlatans (Egharevba, Ibrahim

and colleagues 2015). Additionally, there are instances where traditional medicine integration has resulted in higher expenses and less accessibility to services. For instance, following further education through government-sponsored programs, traditional medicine practitioners who formerly accepted modest wages want higher compensation (Park and Canaway 2019).

Benefits of integration

Astronomical healthcare expenses, combined with persistent financial insecurity, are leading to a shift in the need for integration. One cannot overstate the advantages of integration; for example, it is anticipated to ensure that individuals in developing nations will have improved availability of healthcare services (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015). Integrating traditional medicine into vital national health system infrastructure elements, like insurance coverage and medical services, may help advance the specific health system characteristics that WHO deems necessary to attain universal health coverage: sustainability and resilience, quality, efficiency, equity, and accountability (Park and Canaway 2019).

According to Park and Canaway, (2019), equality, accessibility and availability, and economic security are all components of healthcare individuals desire to obtain, utilizing current resources to guarantee sufficient service availability and affordability is the fundamental principle of integrating traditional medicine with modern medicine. Furthermore, traditional medicine can be the origin of novel medications, inexpensive raw materials for pharmaceutical production, or a cost-effective supply of current medications (Ajala, Kolawole and colleagues 2019). Accountable healthcare systems are open and honest about their operations, usually with lawmakers and community collaboration. When traditional medicine is integrated with modern medicine, it makes it possible to transparently monitor and assess its impact and utilize it for evidence-based policy decisions (Park and Canaway 2019).

Additional advantages of integration could be the addition of native Herbal Remedies to the national drug list, the research and creation of innovative pharmaceuticals for conventional utilization, the application of modern technology in traditional medicine, the dispelling of unproven fables, the promotion of Indigenous individuals as farmers and guardians of the herbal remedies cultivation skills and wisdom, the establishment of medicinal farms,

and the generation of large-scale jobs (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015).

Integrating traditional medicine practitioners can enhance healthcare effectiveness and efficiently expand the workforce, especially in the face of aging populations and rising chronic illnesses. Many healthcare consumers seek traditional medicine services for managing chronic conditions and preventing illness (Park and Canaway 2019). Countries with strong integration models often turn into traditional medicine when modern treatments fall short, such as during physician or medication shortages (Park and Canaway 2019).

Strategies of integration

Considering traditional medicine is widely used, its integration into the healthcare system should involve the proper creation and application of regulatory procedures to enhance or preserve the integrity of traditional medicine practitioners, goods, and practices (Park and Canaway 2019). Integration involves combining traditional wisdom with empirical studies to support evidence-based medicine. It places a strong emphasis on promoting wellness, preventing illness, and interdisciplinary teamwork in medicine. Patient autonomy and literacy are essential in helping people make knowledgeable medical choices. To better comprehend and integrate traditional and modern medicine, research and training initiatives are essential (Bagga, Singh and colleagues 2024). Educating the general population and both modern and traditional medicine physicians about traditional medicine and its integration is crucial (Awodele, Amagon and colleagues 2014).

Traditional medicine practitioners should receive training in modern practices like good manufacturing, clinical, and agricultural practices to enhance their knowledge and effectiveness in herbal medicine (Egharevba, Ibrahim and colleagues 2015). Additionally, public awareness campaigns are essential to inform the community about current trends in traditional medicine (Awodele, Amagon and colleagues 2014). Integration will facilitate collaboration between professionals and patient-centered care that addresses the health needs of both individuals and populations, licensed and skilled professionals of traditional medicine are a fundamental prerequisite (Park and Canaway 2019).

Government commitment is necessary for the growth of TM, requiring a consistent national strategy developed over a five to ten-year span, ensuring compliance from various administrations (Egharevba, Ibrahim and colleagues

2015). As stated by the World Health Organization continued management and legislative authority are necessary for the full integration of evidence-based traditional medicine into health systems. Every stakeholder, regardless of rank, must actively participate and interact. In an integrated system, health providers must learn to collaborate to deliver patient-centered care, as opposed to system-centered treatment, in addition to executing legislative choices. This procedure takes a lot of time and calls for a readiness to identify points of agreement and compromise (WHO 2023).

Conclusion

Traditional medicine offers significant potential to enhance healthcare access and outcomes in Nigeria. While progress has been made, challenges such as regulatory barriers, lack of standardization, and mistrust among stakeholders hinder its full integration into the healthcare system. A comprehensive approach is needed to address these issues. This includes establishing standardized practices to ensure safety and efficacy, fostering collaboration between traditional and modern medicine practitioners, and launching public education campaigns to build trust and provide accurate information. By tackling these challenges, Nigeria can create a healthcare system that effectively combines the strengths of both traditional and modern medicine, ultimately improving health equity and outcomes for all citizens.

References

1. Abdullahi B. and Yahaya I. S. (2021): The structure and Policy of Traditional Medicine in Nigeria: A Review IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS), 16(6), (2021): pp. 14-19.
2. Adamolekun M. M.; Akpo, O. A.; Olorunfemi O.; Akpor O. B. (2023): 'Traditional medicine use during pregnancy and labor in African context', Journal of Integrative Nursing, 5(1), pp. 66–72.
3. Adegbuyi T. A.; Fadare, J. O.; Araromi E. J.; Sijuade A. O.; Bankole I.; Fasuba I. K., and Alabi R. A. (2021): Assessment of knowledge, attitude and practice of adverse drug reaction reporting among healthcare professionals working in primary, secondary and tertiary healthcare facilities in Ekiti State, South-West Nigeria. Hospital Pharmacy, 56(6), 751-759.
4. Adefolaju T. (2014): Traditional and Orthodox Medical Systems in Nigeria: The imperative of a synthesis, American Journal of Health Research, 2(4), pp. 118–124.
5. Adu-Gyamfi S. and Anderson E. (2019): Indigenous Medicine and traditional healing in Africa: A systematic synthesis of the literature, ResearchGate.
6. Ajala A. O.; Kolawole A. E.; Adefolaju T.; Owolabi A. O.; Ajiboye B. O.; Adeyonu A. G. and Adeniyi V. A. (2019): Traditional medicine practices in Nigeria: a swot analysis. International Journal of Mechanical Engineering and Technology (IJMET), 10(2), 117-126.
7. Alenoghena I.; Aigbiremolen A. O.; Abejegah C., and Eboreime E. (2014): Primary health care in Nigeria: strategies and constraints in implemntation. International Journal of Community Research, 3(3), 74-79.
8. Ampomah I. G.; Malau-Aduli B. S.; Malau-Aduli A. E. O.; Emeto T. I. (2020): Effectiveness of Integrated Health Systems in Africa: A systematic review, *Medicina*, 56(6), Article 271.
9. Awodele O.; Amagon K.; Wannang N. and Aguiyi J. (2014): Traditional medicine policy and regulation in Nigeria: An index of Herbal Medicine Safety. Current Drug Safety, 9(1), 16–22.
10. Bagga S.; Singh P.; Kumar P.; Kumar S.; Singh A.; Pathak S.; Khatri A. (2024): Integrating Traditional and Modern Medicine: A Holistic

Approach to Patient Care, Asian Journal of Pharmaceutical Analysis, 14(3), pp. 185–190.

11. Balogun J. A. (2021a): Complementary and alternative medical practice in Nigeria. The Nigerian Healthcare System, 213–233.
12. Balogun, J. A. (2021b): Emerging developments in traditional medicine practice in Nigeria. The Nigerian Healthcare System, 235–275.
13. Borokini T.I. and Lawal I.O. (2014): Traditional medicine practices among the Yoruba people of Nigeria: a historical perspective, Journal of Medicinal Plants Studies, 2(6), pp. 20–33.
14. Castiglioni, A. (2019). A history of medicine. Routledge.
15. Chukwuma B. D.; Kevin C. D.; Kenechi A. U.; Chioma A. D; Irene A. M.; Anthony C. I.; Uche R. O. and Ikechi O, "Combined Orthodox and Traditional Medicine Use among Households in Orlu, Imo State, Nigeria: Prevalence and Determinants." World Journal of Preventive Medicine, vol. 4, no. 1 (2016): 5-11. 1
16. Egharevba H. O.; Ibrahim J. A; Kassam C. D. and Kunle O. F. (2015): "Integrating Traditional Medicine Practice into the Formal Health Care Delivery System in the New Millennium–The Nigerian Approach: A Review." International Journal of Life Sciences Vol. 4. No. 2. 2015. Pp.120-128
17. Egwuenu A.; Ejikeme A.; Tomczyk S.; Von Laer A.; Ayobami O.; Odebajo O.; Ihekweazu, C. (2022): Baseline study for improving diagnostic stewardship at secondary health care facilities in Nigeria. Antimicrobial Resistance & Infection Control, 11(1), 65.
18. Ibrahim J. A.; Gegele I. B.; Hamzat O. T.; Egharevba H. O.; Jegede A. I.; Kunle O. F. and Adigwe O. P. (2023): Practice and Perception of Traditional Medicine Practitioners towards Challenges Facing Traditional Medicine Practice in Nigeria: A Pilot Study. Journal of Complementary and Alternative Medical Research, 23(4), 47-56.
19. Josephine O. and Antoinette Nwamaka Chinwe O. (2019): Herbal medicines in African Traditional Medicine', Herbal Medicine
20. Kendi N.N. (2024): Impact of traditional medicine integration with modern healthcare in Africa, NEWPORT INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC AND EXPERIMENTAL SCIENCES, 5(3), pp. 18–21.

21. Kim J. K.; Kim K. H.; Shin Y. C.; Jang B. H.; Ko S. G. (2020): 'Utilization of traditional medicine in primary health care in low- and middle-income countries: A systematic review', *Health Policy and Planning*, 35(8), pp. 1070–1083.
22. Lakshmi J. K.; Nambiar D.; Narayan V.; Sathyanarayana T. N.; Porter J.; Sheikh K. (2014): Cultural consonance, constructions of science and co-existence: A review of the integration of traditional, complementary and alternative medicine in low- and middle-income countries, *Health Policy and Planning*, 30(8), pp. 1067–1077.
23. Li S.; Odedina S.; Agwai I.; Ojengbede O.; Huo D. and Olopade O. I. (2020): Traditional medicine usage among adult women in Ibadan, Nigeria: a cross-sectional study. BMC complementary medicine and therapies, 20, 1-7.
24. Ogunleye O. O.; Oyawole M. R.; Odunuga P. T., Kalejaye F.; Yinka-Ogunleye; A. F.; Olalekan A. and Godman, B. (2022): A multicentre point prevalence study of antibiotics utilization in hospitalized patients in an urban secondary and a tertiary healthcare facilities in Nigeria: Findings and implications. Expert review of anti-infective therapy, 20(2), 297-306.
25. Oleribe O. O.; Momoh J.; Uzochukwu B. S.; Mbofana F.; Adebiyi A.; Barbera T. and Taylor-Robinson S. D. (2019): Identifying key challenges facing healthcare systems in Africa and potential solutions. International journal of general medicine, 395-403.
26. Olsson I. and Akpan, N. E. (2023): The Effects of Traditional Medical Practices on Health Care Delivery System in Nigeria. Quantitative Case Study of Ibiaku Issiet Community of Akwa Ibom State, Nigeria. Journal of Social Science Studies, 10(1), p265-p265.
27. Okafor H. C.; Ikpeama O. J.; Okafor J. N.; Okafor R. I. (2021): 'Awareness and Perspective on Use and Integration of Traditional and Modern Medicine in a Rural Area of Sokoto State, Nigeria', *Korean Journal of Food & Health Convergence*, 7(6), pp. 9–16.
28. Ouoba K.; Fofana S. and Semdé R. (2022): Factors limiting traditional medicine integration into modern Health Systems in Africa: Protocol for a systematic review of qualitative studies, Public Health, 211, pp. 62–65.
29. Ozioma E. O. J. and Chinwe O. A. N. (2019): Herbal medicines in African traditional medicine. Herbal medicine, 10, 191-214.

30. Park Y.L. and Canaway R. (2019) Integrating traditional and complementary medicine with National Healthcare Systems for Universal Health Coverage in Asia and the Western Pacific, Health Systems & Reform, 5(1), pp. 24–31.
31. Parveen B.; Parveen A; Parveen R.; Ahmad S.; Ahmad M. and Iqbal M. (2020): Challenges and opportunities for traditional herbal medicine today, with special reference to its status in India. Ann Phytomed, 9(2), 97-112.
32. Shamara L. F. and Jammal Z. M. (2023): History of medicine in Nigeria: The dichotomy between modern and traditionaé medicine's influence in Nigeria In Язык. Образование. Культура (pp. 312-316).
33. Umoke M.; Umoke P. C. I.; Nwimo I. O.; Nwalieji C. A.; Onwe R. N.. Emmanuel Ifeanyi, N. and Samson O. A. (2020): Patients' satisfaction with quality of care in general hospitals in Ebonyi State, Nigeria, using SERVQUAL theory. SAGE open medicine, 8, 2050312120945129.
34. Wang W. Y.; Zhou H.; Wang Y. F.; Sang B. S. and Liu, L. (2021): Current policies and measures on the development of traditional Chinese medicine in China. Pharmacological research, 163, 105187.
35. WHO (2023): Integrating traditional and complementary medicine into coverage/who-uhl-technical-brief-traditionalcomplementary-medicine.pdf?sfvrsn=956b9693_3&download=true (Download time: 23 January 2025).
36. WHO. 2019. WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?ua=1, (Download time: 21 January 2025).

A koraszülés és a terhességi időhöz képest kis súlyú újszülöttek (SGA) előfordulásának epidemiológiai vizsgálata, részadatok elemzése telepi környezetben élő nők körében Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében

Pauwlik Kinga[1], R. Fedor Anita[2]

[1]doktorandusz, PTE-EDI, H-7621 Pécs, Vörösmarty M. u 4; ORCID: 0000-0003-3825-0817
[2]általános és tudományos dékánhelyettes, intézetigazgató, egyetemi tanár, DE ETK Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Társadalomtudományi és Szociális munka Tanszék, Életminőség és Egészségszociológiai Koordinációs Központ, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., ORCID: 0000-0002-7837-7006

INFO

Pauwlik Kinga
kinganemeth1991@gmail.com

Keywords
Roma women,
settlement conditions,
health behavior,
subjective health status,
preterm birth,
low birth weight,
health sociology

ABSTRACT

The aim of the research is to examine the health behavior and subjective health status of Roma women living in settlements, with special attention to the effects of socio-economic factors and cultural differences. The study of health sociology and socio-cultural background is essential for a deeper understanding of the complex factors affecting the health of these women. The research focuses on how the specific living conditions of Roma women in settlements influence their health attitudes and to what extent these conditions affect the prevalence of preterm births and low birth weight. The key factors influencing the health behavior and subjective health status of Roma women include employment status, education, and family and community relationships. The empirical analysis in the research evaluates the health awareness, medical history, and risk factors of Roma women living in settlements, including alcohol consumption, smoking, and drug use. Based on the research findings, recommendations are made for the development of health promotion programs and preventive strategies aimed at improving the health status of Roma women, with a particular focus on reducing the rates of preterm births and low birth weight. This research contributes to a better understanding of the health situation of Roma women living in settlements and may assist in the planning of future health policy measures aimed at reducing health inequalities.

Kulcsszavak
roma nők,
telepi körülmények,
egészségmagatartás,
szubjektív egészségi állapot,
koraszülés,
alacsony születési súly,
egészségszociológia

A kutatás célja a telepi körülmények között élő roma nők egészségmagatartásának és szubjektív egészségi állapotának vizsgálata, különös tekintettel a társadalmi-gazdasági tényezők és a kulturális különbségek hatásaira. Az egészségszociológia és a szociokulturális háttér vizsgálata elengedhetetlen ahhoz, hogy jobban megértsük ezen nők egészségi állapotának összetett összefüggéseit. A kutatás arra összpontosít, hogy a telepeken élő roma nők különleges életkörülményei hogyan befolyásolják egészségügyi attitűdjeiket, és milyen mértékben hatnak ezen körülmények a koraszülés és az alacsony születési súly előfordulására. A roma nők egészségügyi magatartását és szubjektív egészségi állapotát befolyásoló legfőbb tényezők közé tartozik a munkahelyi státusz, az iskolázottság, valamint a családi és közösségi kapcsolatok.

A meglévő adatok empirikus elemzése során felmértük a telepi roma nők egészségügyi tudatosságát, anamnézisüket és kockázati tényezőiket, beleértve az alkoholfogyasztást, a dohányzást és a droghasználatot. A kutatás részeredményei alapján javaslatok születtek az egészségfejlesztési programok és prevenciós stratégiák kialakítására, amelyek célja a roma nők egészségi állapotának javítása, különös tekintettel a koraszülés és az alacsony születési súly csökkentésére. Ezen kutatás hozzájárul ahhoz, hogy jobban megértsük a telepi körülmények között élő roma nők egészségügyi helyzetét, és segíthet a jövőbeni egészségpolitikai intézkedések tervezésében, amelyek az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését célozzák.

Bevezetés

Az egészség és az egészségmagatartás jelentősége folyamatosan növekszik a szociológia és az egészségtudományok területén, különösen, amikor olyan hátrányos helyzetű csoportokról beszélünk, mint a telepeken élő roma nők. Ezek a nők olyan sajátos kihívásokkal szembesülnek, amelyek nem csupán fizikai állapotukra, hanem egészségmagatartásukra is jelentős hatást gyakorolnak. Ha belegondolunk, ezek a körülmények gyakran sokkal összetettebbek és bonyolultabbak, mint ahogyan azt egy külső szemlélő látja. A telepi életkörülmények, a kulturális különbözőségek, a szűkös gazdasági lehetőségek és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés mind olyan tényezők, amelyek alakítják azt, ahogyan ezen nők az egészségükhöz viszonyulnak. Személyes, kórházban töltött tapasztalatok és terepmunkánk során gyakran szembesültünk azzal, hogy a roma nők milyen hatalmas felelősséget vállalnak családjuk jólétének biztosításáért. Sokuk számára a saját testi-lelki jólét és egészség elérése és megőrzése egyszerűen háttérbe szorul, mert elsődlegesen a család fenntartására, a gyerekek ellátására és a mindennapi élethez kapcsolódó feladatokra, esetleges nehézségek leküzdésére koncentrálnak. Ez az áldozatkészség lenyűgöző, ugyanakkor

sajnos gyakran azt eredményezi, hogy saját egészségük figyelmen kívül marad. Ezt a jelenséget érdemes nemcsak statisztikai adatokkal, hanem empátiával is megközelíteni, hiszen ezek a nők olyan kihívásokkal szembesülnek, amelyeket csak kevesen értenek meg igazán.

Nem ritka az sem, hogy a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés hiánya, illetve, a diszkrimináció, társadalmi egyenlőtlenségek és az egészséggel kapcsolatos ismeretek hiánya, betegségekhez, állapotokhoz kapcsolódó hiedelmek miatt a roma nők nem kapják meg vagy fogadják el a szükséges támogatást és információkat. Ez pedig hosszú távon olyan egészségügyi problémák kialakulásához vezethet, amelyek nemcsak az érintett nők életére vannak hatással, hanem a családjukra és a jövő nemzedékekre is.

Vegyük például egy várandós roma nő esetét: ha nem kapja meg a megfelelő tájékoztatást és támogatást, ha nem megfelelő az egészségmagatartása, akkor az egészségi állapota negatívan befolyásolhatja a születendő gyermekének fejlődését és életkilátásait is. Így ez a helyzet egy összetett problémát hoz létre, amely tovább öröklődik és akár generációkon átívelő lehet. Többek között ezért tartottuk fontosnak, hogy felmérjük a telepi körülmények között élő nők egészségmagatartását, melynek részleteit a háttéradatok, korábbi kutatási eredmények bemutatása után ismertetjük.

A téma aktualitása, háttéradatok

A Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban KSH) 2019-ben készült jelentése részletes elemzést nyújt a magyar lakosság egészségi állapotáról, amely összetett kapcsolatban áll a szocioökonómiai tényezőkkel, környezeti hatásokkal és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel. Az életmód, mint például a helytelen táplálkozás, a fizikai aktivitás hiánya és a dohányzás, jelentősen befolyásolja az egyének egészségi állapotát, mindemellett ezek a leggyakoribb elkerülhető kockázati tényezők (KSH, 2019).

A jelentés hangsúlyozza, hogy az egészségügyi ellátás minősége és elérhetősége kulcsfontosságú az egészségi állapot javítása érdekében. Az állami politikai és egészségügyi programok fókuszba kell, hogy helyezzék a prevenciós stratégiákat és a közszolgáltatások fejlesztését, hogy hatékonyan csökkenthető legyen a krónikus betegségek előfordulása és javuljon a lakosság általános egészségi állapota (KSH 2019).

2019-ben Magyarországon a halálesetek körülbelül felét az életmódbeli kockázatok okozták, ami komoly figyelmet igényel az egészségügyi prevenció terén (European Commission 2023).

A legfrissebb 2023-as országprofil jelentés szerint a lakosság egészségügyi mutatói aggasztóan alacsonyak, és a krónikus betegségek, mint például a szív- és érrendszeri problémák előfordulása is kiemelkedően magas (European Commission 2023). Az EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) 2022-es adatai szerint Magyarországon a szubjektív egészségi állapot továbbra is kedvezőtlenebb az uniós átlagnál. Az adatok a 16 év feletti népesség önértékelésén alapulnak, és részletes elemzést adnak a lakosság egészségi állapotának szintjéről, beleértve a krónikus betegségeket is. Magyarország az Európai Unió tagországai között továbbra is az alsó harmadban helyezkedik el az egészségi állapot önértékelésében. (Eurostat 2023).

A legfrissebb UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) adatok szerint a gyermek- és anyai halandóság továbbra is komoly kihívást jelent világszerte, beleértve Magyarországot és az Európai Uniót. Bár az 5 év alatti gyermekek halálozási aránya világszerte csökkent, a magyar adatok még mindig az EU átlaga felett vannak. 2022-ben az EU-ban a csecsemőhalandóság átlagosan 3,4 fő/1000 élve születés volt, míg Magyarországon ez a szám magasabb volt. A legfrissebb, 2023-as magyar csecsemőhalandósági adatok alapján 3,498 haláleset volt 1000 élve születésre vetítve (KSH 2024).

Az alacsony születési súllyal született csecsemők aránya is magasabb Magyarországon az EU-átlaghoz képest Ez az adat kiemeli a várandós anyák egészségére és táplálkozására fordított figyelem szükségességét (United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation 2024).

Az anyai halálozás terén is hasonló tendenciák figyelhetők meg. Az EU-ban az anyai halálozási arány átlagosan 4-6 fő/100 000 élveszületés volt 2020-ban, Magyarországon azonban ennél magasabb értéket figyeltek meg (United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation 2024).

A csecsemőhalottak 2/3-a koraszülött. A koraszülés egyrészt egészségügyi, nagyobbrészt azonban szociális, életmódbeli és kulturális probléma, közel négyszer gyakrabban fordul elő nagyon alacsony (legfeljebb általános iskolai végzettségű) nők esetén. A születendő gyermek életkilátásait jelentősen befolyásolja, hogy a várandósság tervezett volt-e és mennyire készültek fel rá. A várandós nő életmódja, szociális körülményei és szexuális higiéniája kulcsfontosságú tényezők az egészséges reprodukció szempontjából, és ezek közvetlen hatással vannak a gyermek születéskori állapotára. Az elmúlt években végzett vizsgálatok eredményei megerősítették, hogy az alacsony

születési súlyt és a koraszülést – az anyai életmódtényezők mellett – jelentősen befolyásolja az anya társadalmi helyzete is (Paula Blumenshine 2010) (Hajdu Tamás 2021). Az utóbbi évek kutatásai rávilágítottak arra, hogy az alacsony születési súly korrelál a felnőttkori szív-és érrendszeri betegséggel, valamint a magas vérnyomás betegséggel egyaránt. Tehát következtethető, hogy a koraszülés arányának csökkentése kulcsfontosságú (Ádány 2012).

Egy korábbi kutatás rámutatott arra, hogy a Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében élő roma nők körében a koraszülés (PTB – preterm birth, vagyis a terhesség 37. hete előtt bekövetkező szülés) és az alacsony születési súlyú magzatok (LBW – low birth weight, azaz 2500 g alatti születési súly) aránya szignifikánsan magasabb volt, mint a nem roma nők esetében. Az eredmények kiemelték, hogy a roma nők körében az alacsony iskolázottság, dohányzás, szegénység és nem megfelelő táplálkozás jelentős tényezők a PTB és LBW előfordulásában (Balázs, Foley és munkatársai 2010) (KSH 2008). Már a KSH 2007-es adataira támaszkodva is detektálható, mely megyékben volt a legmagasabb az alacsony születési súlyú (LBW) és/vagy a koraszülések (PTB) aránya Magyarországon. A 2007-eseredmények alapján Szabolcs-Szatmár-Bereg megye rendelkezik a legkedvezőtlenebb LBW-aránnyal (11,4%) és a második legkedvezőtlenebb PTB-aránnyal (10,3%) (Balázs, Foley és munkatársai 2010) (KSH 2008).

M. Kornyicki és R. Fedor analízise a magyarországi várandós nők és újszülöttek egészségi állapotát vizsgálta 1997 és 2019 között, különös figyelmet fordítva a regionális különbségekre. A dohányzó várandós nők aránya országosan csökkent (1997: 17,5%, 2019: 13%), míg a nagyon későn, a 28. hét után védőnői ellátásba kerülők aránya 1,14%-ra mérséklődött. Ugyanakkor Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék továbbra is kritikus helyzetben vannak: ezekben a régiókban a koraszülések aránya meghaladja a 9%-ot, és az intrauterin növekedési retardáció előfordulása is itt a legmagasabb, 4,25%. A kutatás szerint a késői ellátás szoros összefüggésben áll a koraszülésekkel ($R^2 = 0,7313$; $p < 0,001$) és a fejlődési rendellenességekkel ($R^2 = 0,492$; $p < 0,001$). A szerzők sürgős beavatkozásokat és a védőnői hálózat fejlesztését javasolják a regionális egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére (Kornyicki és R. Fedor 2024).

Az anyai életmód jelentős hatással van a koragyermekkori fejlődésre, és a terhesség alatti szokások hosszú távon befolyásolhatják a gyermek egészségét és fejlődését. A dohányzás növeli a koraszülés, alacsony születési súly, és légúti problémák kockázatát. Az alkoholfogyasztás a magzati alkohol

spektrumzavar (FASD) kialakulásához vezethet, ami hosszú távú kognitív és fizikai problémákat okozhat. A nem megfelelő táplálkozás pedig a magzat elégtelen fejlődéséhez vezethet, és növeli a korai életkorban jelentkező betegségek kockázatát (Daelmans, Black és munkatársai 2015).

Ezek a korábbi és a friss adatok is arra utalnak, hogy Magyarországon továbbra is nagy figyelmet kell fordítani a korai életszakasz egészségügyi ellátására és a várandósgondozás fejlesztésére annak érdekében, hogy felzárkózhasson az EU átlagához.

Ádány Róza és Sándor János kutatása kiemelten foglalkozik a roma nők egészségi állapotával és az egészségi egyenlőtlenségekkel. A kutatás rámutat, hogy a roma nők egészségi mutatói jelentősen elmaradnak a nem roma nőkéhez képest, amit számos tényező, például az alacsony iskolai végzettség, a magas munkanélküliségi ráta és a szegénység okoz. Gyakrabban fordulnak elő körükben krónikus betegségek, mint a szív- és érrendszeri problémák vagy a cukorbetegség, amelyeket tovább súlyosbítanak a szociális és gazdasági hátrányok. Az alacsony iskolázottság és a munkaerőpiacról való kiszorulás jelentősen csökkenti az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, miközben az egészségtudatos életmódra vonatkozó ismeretek is hiányosak. Ezek a tényezők nemcsak rövidebb várható élettartamot eredményeznek, hanem jelentősen rontják az érintettek életminőségét is (Ádány és Sándor 2019).

Az utóbbi években a társadalmi változások, például a népesség elöregedése és a roma közösségek speciális helyzete, még inkább rámutattak arra, hogy mennyire fontos figyelmet fordítani erre a kérdésre. Az egészségügyi és szociális szakemberek – különösen a védőnők, szociális munkások – kulcsfontosságúak lehetnek ebben a folyamatban. A személyes, közvetlen kapcsolat, a bizalom kiépítése és a folyamatos támogatás révén képesek olyan változást elérni, ami jelentős hatással lehet ezeknek a nőknek az életére.

Empirikus vizsgálat a roma nők körében

Folyamatban lévő empirikus vizsgálatunkban a telepi körülmények között élő roma nők egészségmagatartásának és szubjektív egészségi állapotának megismerését tűztük ki célként. Jelen tanulmányunkban ennek a vizsgálatnak egy aspektusára, a koraszülés és az alacsony születési súly előfordulásának összefüggéseire a szocioökonómiai tényezőkkel koncentrálunk, melynek rövid, leíró elemzését mutatjuk be.

Adatgyűjtési módszer, mintavételi eljárás

Adatgyűjtési módszerként kvantitatív kérdőíves módszert választottunk. A kérdőív kérdéseinek összeállításánál a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar Életminőség Kutatócsoport által alkalmazott kérdőívet, a Hungarostudy Egészség Panelt alkalmaztunk és speciális célcsoport okán, rájuk vonatkozóan egyedi kérdések is bekerültek a kérdőívbe, kiemelten a szülészet-nőgyógyászati szekcióba. A kérdőívek az anonimitás teljes megőrzésével kerülnek feldolgozásra. Az adatbázis vizsgálatához az SPSS statisztikai programcsomagot használunk.

Mintavételi eljárásként koncentrált eljárást választottunk, így mintánkba Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye azon települései kerültek be, ahol a legmagasabb a szegregátumokban élők száma. Így vizsgálatunk helyszínei Nyíregyháza, Tiszavasvári, Nagyecsed települések lettek. Ezt követően teljes körű lekérdezést alkalmaztunk a 18-65 éves női populációban.

Kérdőív általános eredményeinek összefoglalója

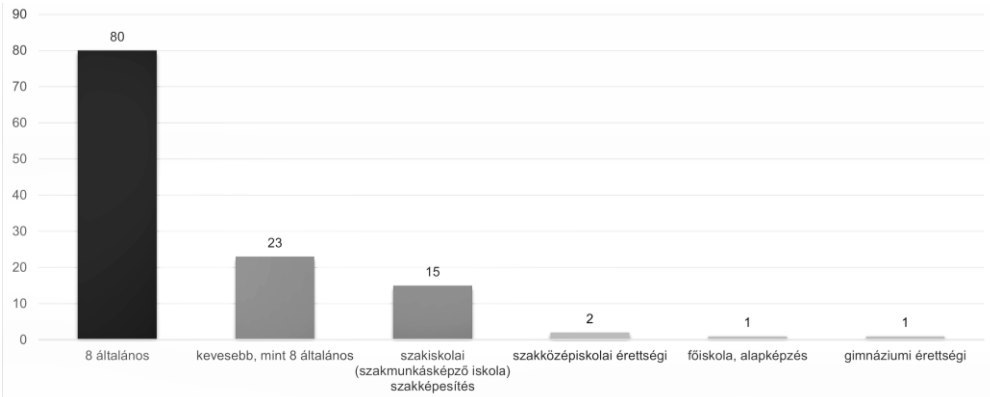
A kérdőívet eddig összesen 122 fő töltötte ki, ami reprezentatív mintát nyújt a vizsgált populáció jellemzőiről. A válaszadók családi állapota alapján az élettársi kapcsolatban élők aránya a legmagasabb, 47,5%, míg a házasok 27%-ot tesznek ki. Az egyedülállók aránya 14,8%, az elváltak, özvegyek és a házastárstól vagy élettárstól külön élők együttesen 10,7%-ot képviselnek.

A lakóhely szerinti megoszlást tekintve a válaszadók többsége, 51,6%-a Nyíregyházán él, amelyet Tiszavasvári követ 38,5%-os aránnyal. Nagyecsedről a kitöltők 9,8%-a származik.

A terhességek számára vonatkozóan az derült ki, hogy a válaszadók többsége, 68%-a már három vagy több terhességet is átélt, míg 14,8%-uk kétszer, 9%-uk egyszer volt terhes. A kitöltők 8,2%-ának még nem volt terhessége. Az élő gyermekek számát vizsgálva a résztvevők legnagyobb csoportja, 59%-a három vagy több gyermeket nevel. Két gyermekkel a válaszadók 20,5%-a rendelkezik, míg egy gyermekkel 10,7%-uk. Azok aránya, akiknek nincs élő gyermeke, 9,8%-ot tesz ki. A fenti adatok jól tükrözik a vizsgált közösség demográfiai és szociális helyzetét, amely hasznos alapot nyújt a későbbi részletes elemzésekhez és következtetésekhez.

Iskolai végzettség a vizsgált populációban

1. ábra: A válaszadók iskolai végzettsége (n=122)



Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgálat során 122 egyén legmagasabb befejezett iskolai végzettségét elemeztük. Az adatokból egyértelműen kirajzolódik, hogy a populációban az alacsony iskolai végzettség felülreprezentált. Az eredmények szerint a legtöbben, pontosan 80 fő (a minta 65,6%-a), 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezik, ami a legnagyobb kategória. Ez a szám jól mutatja, hogy az általános iskola elvégzése a legtöbb ember számára elérhető, ugyanakkor a továbbtanulás lehetőségei jelentősen korlátozottak.

A második legnagyobb csoportot azok alkotják, akik kevesebb, mint 8 általános osztályt végeztek el, ez a csoport 23 főt (18,9%) tesz ki. Ez a jelentős arány az oktatási rendszerből való korai lemorzsolódásra, illetve az oktatáshoz való hozzáférés strukturális problémáira utalhat.

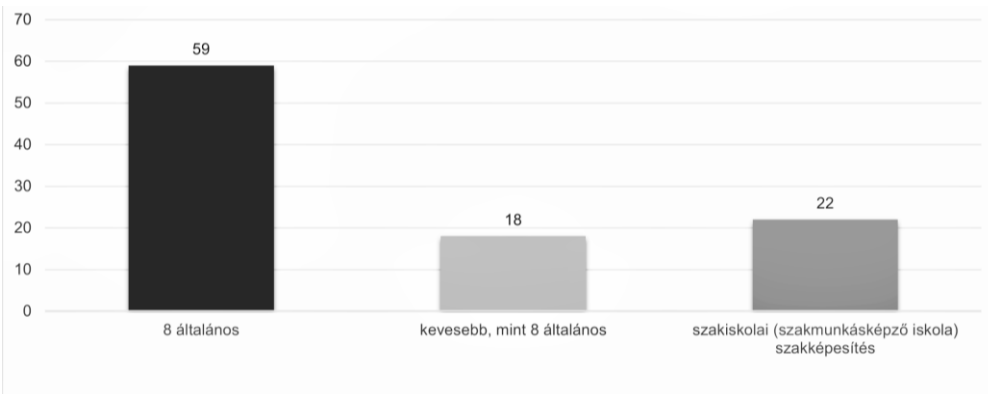
Az alacsony iskolázottság ezen szintje komoly akadályt jelenthet az egyének számára a munkaerőpiacon való érvényesülésben.

A szakiskolai (szakmunkásképző) végzettséggel rendelkezők aránya 15 fő, amely a minta 12,3%-ának felel meg. Ez azt jelzi, hogy a szakképzés lehetőségei a populáció egy kisebb, de jelentős részének elérhetőek. Ugyanakkor az érettségivel rendelkezők száma drámaian alacsony: szakközépiskolai érettségit mindössze 2 fő szerzett, ami a teljes minta csupán 1,6%-át teszi ki. Ezzel szemben a gimnáziumi érettségit szerzett és a főiskolai alapképzést elvégzett személyek száma egyaránt mindössze 1-1 fő, ami egyaránt 0,8%-os arányt jelent.

A „8 általános iskolai végzettség” kategória kimagasló dominanciája az oktatási szintek közötti nagy eltéréseket tükrözi.

Összességében az eredmények azt mutatják, hogy a vizsgált populáció oktatási struktúrája alacsony szintű, és a továbbtanulási lehetőségek erősen korlátozottak. Az alacsony iskolázottság meghatározó jellemzője a közösségnek, amit a telepi környezet által nyújtott szocioökonómiai lehetőségek is befolyásolhatnak. Az eredmények hangsúlyozzák az oktatáshoz való hozzáférés javításának szükségességét, különös tekintettel a közép- és felsőfokú tanulmányokra, amelyek hiánya hosszú távon súlyos társadalmi és gazdasági következményekkel járhat.

2. ábra: A Válaszadók partnereinek iskolai végzettsége (n=99)



Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgálat során 99 fő partnereinek legmagasabb befejezett iskolai végzettségét elemeztük. A résztvevők iskolázottsági szintje három kategóriába sorolható: „8 általános iskolai végzettség”, „kevesebb, mint 8 általános iskolai végzettség” és „szakiskolai (szakmunkásképző) végzettség”. Az adatok az alábbiak szerint alakultak.

A legtöbb válaszadó partnere (59 fő, ami a minta 59,6%-át jelenti) a 8 általános iskolai végzettséget teljesített, amely az adathalmaz legmeghatározóbb kategóriája.

A második legnagyobb csoportot a szakiskolai végzettséggel rendelkezők teszik ki, 22 fővel (22,2%). Ez arra utal, hogy a középfokú szakképzés bizonyos mértékben elérhető a populáció számára, ugyanakkor jelentősen elmarad az általános iskolát végzettek arányától.

A válaszadók partnereinek iskolai végzettségei között sem érettségi, sem felsőfokú végzettség nem található, a legtöbben 8 általános iskolai végzettséggel rendelkeznek (59 fő).

A legkisebb, de mégis jelentősnek mondható csoportot azok alkotják, akik kevesebb mint 8 általános iskolai osztályt végeztek el. Ez a csoport 18 főt (18,2%) tesz ki. Ez az alacsony iskolai végzettség az oktatási rendszerből való korai lemorzsolódásra vagy más társadalmi-gazdasági akadályokra utalhat.

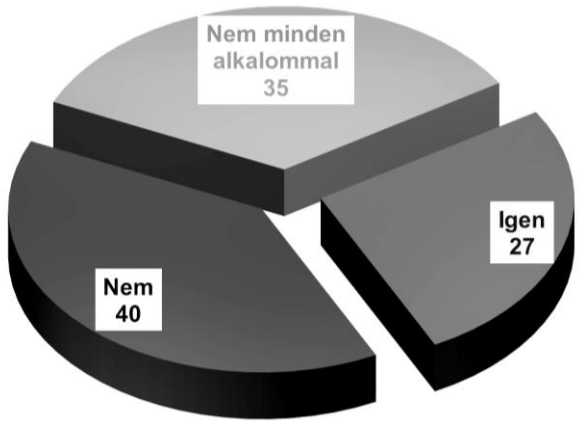
Az eredmények összességében azt mutatják, hogy a vizsgált közösségre az alacsony iskolázottság jellemző, mivel a populáció többsége legfeljebb az általános iskolai oktatás szintjét éri el, és csupán egy kisebb részük rendelkezik szakképzettséggel. Az oktatási végzettség ilyen megoszlása összefügghet a telepi környezet általános szocioökonómiai helyzetével, amely befolyásolja az oktatáshoz való hozzáférést és a továbbtanulási lehetőségeket.

A minta statisztikai elemzése során az egyes kategóriák átlagos előfordulási aránya 33 fő, szórása pedig 17,4 fő volt, ami arra utal, hogy az adatok mérsékelten szóródnak a középérték körül. Ez alapján a három iskolázottsági kategória közötti különbségek jelentősek lehetnek, de ennek alátámasztásához további statisztikai adatok lesznek szükségesek. Az eredmények összefüggést jelezhetnek az oktatási lehetőségek és a szociogazdasági tényezők között.

Gyermekvállalás

A tudatos gyermekvállalás tervezése kulcsfontosságú az egészséges terhességhez, mivel lehetővé teszi a pár számára, hogy optimalizálják a fizikai és mentális egészségi állapotukat, valamint minimalizálják a magzatot érintő kockázatokat. A tervezett gyermekvállalás során a nőknek lehetőségük nyílik olyan egészségügyi lépések megtételére, mint például a megfelelő táplálkozás, a folsavbevitel biztosítása, a krónikus betegségek kezelése, valamint a káros szokások (például dohányzás, alkoholfogyasztás) elhagyása. Mindezek hozzájárulnak a szövődmények, például a koraszülés és a kis születési súly előfordulásának csökkentéséhez (Stephenson, Heslehurst és munkatársai 2018).

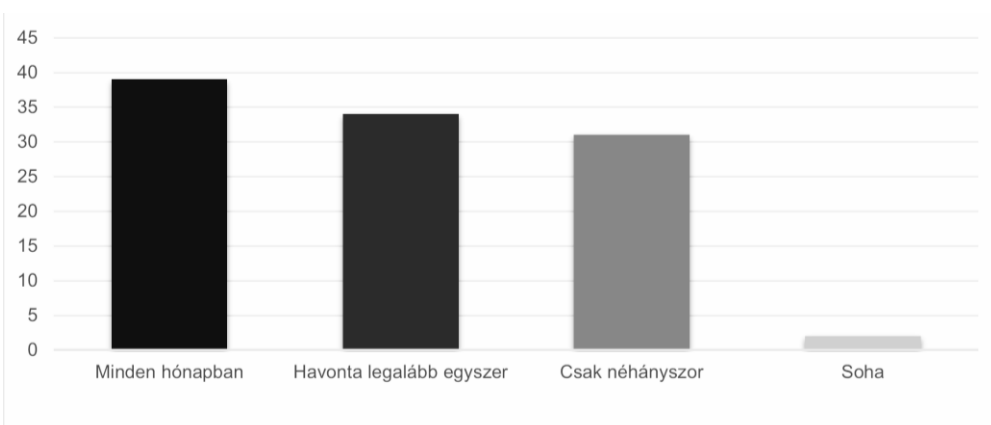
3. ábra: A válaszadók tudatos családtervezéshez való hozzáállása (n=102)



Forrás: Saját szerkesztés

A 102 fős mintában a válaszadók 26,5%-a tudatosan tervezte a várandósságokat, míg 34,3%-uk csak részben, 39,2%-uk pedig egyáltalán nem. Az adatok szerint a gyermekvállalás tudatos tervezése a válaszadók több mint háromnegyedénél (73,5%) nem volt következetes, ami rávilágít a családtervezési programok és reproduktív egészségügyi nevelés szükségességére. Az elemszámok mérsékelt szórása (5,29) és a „Nem" kategória fölénye hangsúlyozza a tervezés hiányának problémáját, amely hosszú távon egészségügyi és társadalmi következményekkel járhat.

4. ábra: A válaszadók terhesgondozáson való részvételének gyakorisága a várandósság alatt (n=106).

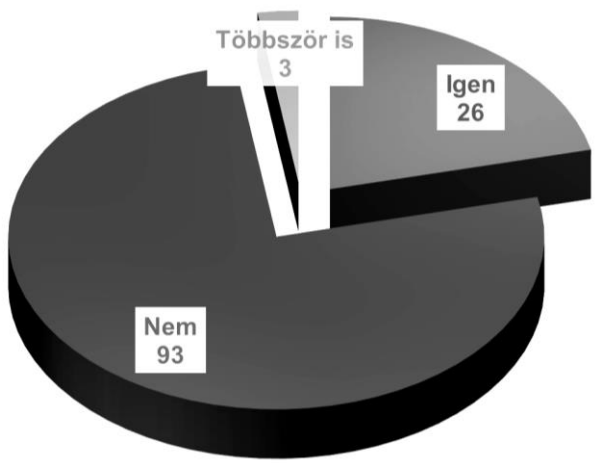


Forrás: Saját szerkesztés

A kérdésre összesen 106 fő válaszolt, és a válaszadók megoszlása a terhesgondozáson való részvétel gyakorisága szerint változatos képet mutat. A válaszadók 36,8%-a minden hónapban részt vett terhesgondozáson, míg 32,1%-uk havonta legalább egyszer. Csak néhányszor járt terhesgondozásra a válaszadók 29,2%-a, míg a megkérdezettek közül néhányan (kis arányban) soha nem vettek részt ilyen ellátásban. Az eredmények arra utalnak, hogy a válaszadók többsége rendszeresen igénybe vette a terhesgondozási szolgáltatásokat.

Ezek az adatok jól mutatják, hogy bár az ellátáshoz való hozzáférés általánosan elérhető, a részvétel intenzitása változó, ami hatással lehet a terhesség kimenetelére.

5. ábra: Koraszülések aránya a válaszadók között. (n=122).



Forrás: Saját szerkesztés

A koraszülések előfordulását vizsgáló adatokat 122 fős mintán gyűjtöttük. A válaszadók közül 93 fő (76,2%) jelezte, hogy nem volt koraszülése, míg 26 fő (21,3%) tapasztalt koraszülést. Ezen belül 3 fő (2,5%) számolt be arról, hogy többször is előfordult nála koraszülés.

Hasonlítás az átlag populációval

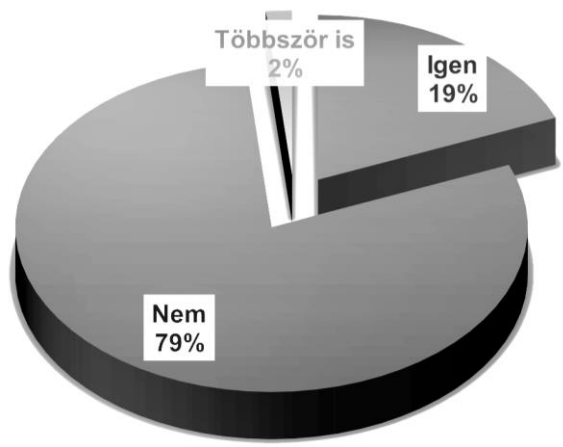
A KSH adatai szerint a koraszülöttek aránya 1990-ben 8,5% volt, amely az évek során növekvő tendenciát mutatott, 2016-ra elérve a 9%-ot. Az 1990 és 2016 közötti időszak átlagos koraszülési aránya 8,7% körül alakult, ami a tendencia enyhe növekedését és stabilizálódását jelzi az időszak végére (KSH 2016).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2020-as adatai szerint a koraszülések globális előfordulási aránya 9,9%, ami azt jelenti, hogy minden 100

élveszületésből megközelítőleg 10 baba születik a 37. terhességi hét előtt (World Health Organization 2023).

Ehhez képest a vizsgált minta 21,3%-os aránya kiugróan magas, több mint kétszerese a magyar és a globális átlagnak. Ez arra utal, hogy a vizsgált populáció különösen magas kockázatú csoportot képviselhet, amely összefüggésben állhat szocioökonómiai tényezőkkel, egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel, vagy egyéb környezeti hatásokkal.

6. ábra: Terhességi időhöz képest kis súllyal született gyermekek (SGA) arányának megoszlása a válaszadók között. (n=100)



Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgálat során 100 fő válasza alapján elemeztük a kis súllyal született gyermekek előfordulását. Az eredmények szerint a válaszadók 79%-ának nem született kis súlyú gyermeke, míg 19%-uk esetében már előfordult ilyen esemény. Ezen belül 2% jelezte, hogy többször is született kis súlyú gyermeke.

Az arányok elemzése alapján a válaszadók többségének (79%) nem született a terhességi időhöz képest kis súlyú gyermeke, ez a minta jelentős kategóriáját képezi. Az egyszeri kis súlyú születéseket jelentők 19%-os aránya valamivel meghaladja a WHO által megadott globális átlagot, amely körülbelül 15%. A többszörös kis súlyú születések aránya mindössze 2%, de ezek az esetek ismétlődő problémák jelenlétére utalhatnak. Statisztikai elemzés során az átlagos elemszám kategóriánként 33,3 fő, a szórás pedig 39,5 fő volt. A magas szórás a „Nem" kategória túlsúlyából ered, amely jelentős eltérést mutat az egyszeri és többszöri előfordulásokhoz képest.

A KSH legfrissebb adatai szerint 2016-ban Magyarországon a koraszülöttek aránya 9%-ra emelkedett, míg a kis súlyú újszülöttek aránya 8,5% volt. A

koraszülöttek többsége 2500 grammnál kisebb súllyal született. 1990-ben az újszülöttek 2,2%-a volt koraszülött, míg 2016-ban már 3,4%-uk származott ikerszülésből. (KSH, 2016)

Saját adataink szerint a válaszadók 19%-ának született kis súlyú gyermeke, míg a KSH 2016-os adatai alapján Magyarországon ez az arány 8,5%. Ez azt jelenti, hogy a saját mintámban a kis súlyú születések gyakorisága magasabb, mint az országos átlag.

Összességében megállapíthatjuk, hogy ezek az adatok különösen fontosak lehetnek olyan közösségekben, ahol szocioökonómiai tényezők vagy egészségügyi ellátáshoz való nehézségek szerepet játszhatnak. Az eredmények hangsúlyozzák a prevenciós programok, a megfelelő terhesgondozás és az egészséges életmód jelentőségét a kis súlyú születések kockázatának csökkentésében is.

Összegzés

Az elemzések világosan rámutattak arra, hogy a vizsgált közösségben a koraszülések és a kis súlyú születések előfordulása jóval meghaladja a nemzetközi és hazai átlagot, ami külön figyelmet érdemel. A várandósságok túlnyomó többsége nem tudatos tervezés eredménye, ami hozzájárulhat a kedvezőtlen kimenetelekhez. A koraszülések magas aránya nemcsak az újszülöttek életkilátásait rontja, hanem jelentős terhet ró az anyákra és az egészségügyi rendszerre is.

Az eredmények felvetik az egészségügyi egyenlőtlenségek kérdését, és rámutatnak a közösségi szintű egészségfejlesztési programok hiányára. Az anyák és családok támogatása – akár edukációval, akár könnyebben elérhető egészségügyi szolgáltatásokkal – kulcsfontosságú a helyzet javításához. Az egyéni felelősségen túl szükség van arra, hogy társadalmi szinten is erősítsük a reproduktív egészséget érintő lehetőségeket, hiszen a megelőzés nemcsak az anyák és újszülöttek életminőségét javítja, hanem hosszú távon a társadalom egészének érdekeit is szolgálja.

Ezek az eredmények egyértelművé teszik, hogy a jelenlegi helyzet komplex beavatkozásokat igényel: a családtervezés támogatása, a terhesgondozás fejlesztése, valamint az egészségtudatos szemlélet erősítése egyaránt szükséges ahhoz, hogy csökkenjenek a koraszülések és a kis súlyú születések arányai. Mindez nemcsak az egészségügyi rendszerben, hanem az érintett közösségek életében is mérhető változásokat hozhat.

Felhasznált irodalom

1. Ádány Róza (2012: Megelőző orvostan és népegészségtan. 2. átdolgozott kiadás szerk. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
2. Ádány Róza és Sándor János 2019: Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota. Magyar Tudomány, 180. évf., 11. sz. kötet, p. 1292-1302.
3. Balázs Péter; Foley Kristie L.; Rákóczi Ildikó; Fogarasi-Grenczer Andrea (2010): "Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján", Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 12(4), pp. 138–145.
4. Daelmans B., Black M. M.; Lombardi J. and Lucas J. (2015): Effective interventions and strategies for improving early child development. BMJ, 351(4), h4029
5. European Commission (2023): State of Health in the EU, Magyarország, Egészségügyi országprofil 2023, Brüsszel: Európai Bizottság (European Commission).
6. Eurostat (2023): https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics (Letöltés ideje: 2024.09.29.)
7. Hajdu Tamás és Kertesi Gábor (2021): Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében, hely nélk.: CERS-IE Working Papers | KRTK-KTI Műhelytanulmányok.
8. KSH (2016): Koraszülöttek és kis súlyú újszülöttek Magyarországon, Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
9. KSH (2019): Egészségi állapot, betegségek, (2019): Budapest,- Központi Statisztikai Hivatal.
10. KSH (2008): Demográfiai Évkönyv 2007 Budapest: KSH.
11. KSH (2024): Népesség és népesedési események, hely nélk.: Központi Statisztikai Hivatal (KSH).
12. Moravcsik Kornyicki Ágota és Rusinné Fedor Anita (2024): Inequalities and Differences in Health Status of Pre- and Perinatal Periods in Hungarian Long-Term Series Analysis (1997–2019). Children, Issue 11, p. 1373.

13. Blumenshine P.; Egerter S.; Barclay C. J.; Cubbin C.; Braveman P. A. (2010): ‘Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review’, American Journal of Preventive Medicine, 39(3), pp. 263–272.
14. J. Stephenson; N. Heslehurst; J.Hall; D.A. J. M. Schoenaker, J. Hutchinson; J. E. Cade ; L. Poston; G. Barrett ; S. R. Crozier ; M. Barker; K. Kumaran; C. S Yajnik; J. Baird; G. D. Mishra (2018): Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health, The Lancet, 391(10132), pp. 1830-1841.
15. United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (2024): Levels and Trends in Child Mortality: Report 2023, hely nélk.: United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation.
16. World Health Organization W. (2023): Preterm birth rate per 100 live births, hely nélk.: World Health Organization (WHO).

Challenges in Accessing Breast Cancer. Diagnosis Services and Treatment in Punjab Pakistan

Noreen Ghazal[1]

[1]student, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Debrecen, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

INFO

Noreen Ghazal
noreenghazal4@gmail.com

Keywords:
Breast cancer,
Diagnosis,
Pakistani women,
Challenges,
Socio-cultural Barriers,
Diagnosis and
Treatment,

ABSTRACT

Breast cancer is the most prevalent cancer in women diagnosed globally and it has a considerable influence on morbidity and mortality. Asia still has a lower incidence of breast cancer than developed countries. Pakistani women experience breast cancer in earlier age groups. When they are initially discovered, they are large and grow to axillary lymph node locations. In addition, without precise knowledge of the numerous clinical manifestations of cancer of the breast, we are incapable of identifying this deadly disease at its early stage.

Women in low and middle-income countries (LMICs), like Pakistan, tend to face various complex obstacles to early identification and treatment of breast cancer. It is predicted that one in every nine Pakistani women will acquire breast cancer during their lives, and the nation has the largest death statistic in Asia. This research aims to fill this gap by identifying and investigating the obstacles that prevent women from seeking timely screening and treatment for breast cancer in Pakistan.

Kulcsszavak:
Mellrák,
kihívásokat,
Társadalmi-kulturális
akadályok,
pakisztáni nők,
Diagnózis és kezelés,

Kihívások a mellrák kezelésében

Diagnosztikai szolgáltatások és kezelés Pandzsábban, Pakisztánban: A mellrák a világszerte diagnosztizált nők legelterjedtebb rákja, és jelentős hatással van a morbiditásra és a mortalitásra. Ázsiában még mindig alacsonyabb a mellrák előfordulása, mint a fejlett országokban. A pakisztáni nők korábbi korcsoportokban szenvednek mellrákot. Amikor először felfedezik őket, nagyok és a hónalj nyirokcsomóiig nőnek. Ráadásul az emlőrák számos klinikai megnyilvánulásának pontos ismerete nélkül képtelenek vagyunk azonosítani ezt a halálos betegséget a korai szakaszában.

Az alacsony és közepes jövedelmű országokban, például Pakisztánban élő nők általában különféle összetett akadályokkal szembesülnek a mellrák korai azonosítása és kezelése terén. Az előrejelzések szerint kilencből egy pakisztáni nő lesz mellrákos élete során, és Ázsiában a legnagyobb halálozási statisztikával rendelkezik. A kutatás célja ezt a hiányt pótolni azáltal, hogy azonosítja és kivizsgálja azokat az akadályokat, amelyek megakadályozzák a nőket abban, hogy időben szűrjenek és kezeljenek mellrákot Pakisztánban.

Introduction

Breast cancer is the most prevalent cancer in women diagnosed globally and it has a significant influence on morbidity and mortality (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022). Asia still has a lower incidence of breast cancer than developed countries, but in today's world, the proportion of the breast cancer burden that falls on the area is rapidly rising (Zaheer, Shah and colleagues 2019), Countries in Europe have considerably greater survival rates than poor and middle-income countries, This is because of the vastly improved screening and treatment services available in high-income countries (Saeed, Asim and Sohail 2021; Ullah, Khan und colleagues 2021; Francies, Hull and colleagues 2020). Concerning the wide deviations in economic status between Asian countries and regions, there are differences in both the prevalence and death rate of breast cancer (Francies, Hull and colleagues 2020).

Pakistani women experience breast cancer in earlier age groups. When they are initially discovered, they are usually large and grow to the axillary lymph node locations. In addition, without precise knowledge of the numerous clinical manifestations of cancer of the breast, we are incapable of identifying this deadly disease at its early stage (Hameed, Afzal and colleagues 2022).

Furthermore, better awareness regarding early mammography screening in high-income nations has lowered breast cancer mortality in the last 40 years (Ullah, Khan und colleagues 2021) (Saeed, Asim and Sohail 2021). Women in low and middle-income countries (LMICs), like Pakistan, tend to face various complex obstacles to early identification and treatment of breast cancer (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022). The carcinoma of the breast mainly impacts women, particularly those under the age bracket of sixty (Jabeen, Zakar and colleagues 2024). Breast carcinoma remains the primary cause of death and is the most prevalent carcinoma in Pakistan, which has among South Asia's higher illness incidence rates (Jabeen, Zakar and colleagues 2024). Pakistan's yearly particular to ages prevalence figure of 50.1 per 100,000 inhabitants is significantly greater than that of the rest of the region (Jabeen, Zakar and colleagues 2024). It is predicted that one in every nine Pakistani women will acquire breast cancer during their lives (Ullah, Khan und colleagues 2021; Ali, Manzoor and colleagues 2022), and the nation has the largest death statistic in Asia (Jabeen, Zakar and colleagues 2024).

This research aims to fill this gap by identifying and investigating the obstacles that prevent women from seeking timely screening and treatment for breast cancer in Pakistan.

Methodology

This research will employ a questionnaire of Pakistani women aged 20–60 years. questionnaire will collect information on individual, social, cultural, and systemic barriers regarding breast cancer challenges in the country. This research aims to fill this gap by identifying and investigating the obstacles that prevent women from seeking timely screening and treatment for breast cancer in Pakistan.

Biology of breast cancer

Breast cancer is the major cause of death, handicaps, and illness in women, leading to about 2 million new cases and half a million deaths in 2020 (Trapani, Lengyel and colleagues 2021). Breast cancers are categorized into several types corresponding to their receptor position, scoring, staging phase, and place of occurrence (Asif, Sultana and colleagues 2014). Normal functioning cells multiply as often as necessary until they are no longer required. Whenever healthy cells cannot stop growing, they become malignant dividing, attaching to other cells, remaining in their right locations, and dying when the time comes (Asif, Sultana and colleagues 2014). In most of the research, a higher body mass index (BMI) was additionally linked to an elevated possibility of breast cancer (Asif, Sultana and colleagues 2014).

Barriers to Screening and Early Detection

Awareness and Education

Women's understanding of breast cancer is essential for its earlier recognition, improved treatment, and prevention (Hussain, Majed and colleagues 2022). Early identification of the condition is greatly aided by knowledge of it. Women who are more educated about breast cancer disease may find it easier to follow monitoring recommendations (Hussain, Majed and colleagues 2022). Women in Pakistan are hesitant to discuss breast cancer publicly considering women's breasts are commonly viewed as sexual parts (Saeed, Asim and Sohail 2021). Women are demoralized from discussing their bodies in public, which reduces understanding of the possible health problems of women's bodies (Saeed, Asim and Sohail 2021). Insufficient information about breast

cancer, socioeconomic situation, and a shortage of modern health care may have contributed to Pakistani women receiving breast cancer diagnoses a decade later than Western women (Khan, Duan and colleagues 2021). Women view the breast as a secret organ (Naz, Khanum and colleagues 2016) and are more inclined to avoid visiting male doctors (Khan, Duan and colleagues 2021; Banning, Hassan and colleagues 2010)

In one survey the 47-year-old woman revealed her sentiments over her breast cancer diagnosis, according to her, it had been a very terrible period in her life. She felt that her head became vacant, and she couldn't think of anything to do (Saeed, Asim and Sohail 2021). She said Poor women like her don't know how or where to get screened or treated. Nobody in the vicinity could help her with it" (Saeed, Asim and Sohail 2021).

The overwhelming majority of the patients were terrified when they heard their diagnosis of breast cancer. In addition, many people gave up hope of receiving therapy (Saeed, Asim and Sohail 2021). They believed their cancer was fatal and that therapy would exacerbate discomfort and bring medical concerns (Saeed, Asim and Sohail 2021). As an outcome, many women avoided going to the clinic and only went when their cancer had progressed (Saeed, Asim and Sohail 2021).

Recent research indicates a significant increase in deaths and disease cases in low- and middle-income countries (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019). This can result from factors such as poor education about the condition, limited access to breast imaging and cancer screenings, and high rates of risk factors like obesity and unhealthy diets. Reproductive health issues, family history, hormonal treatments, alcohol use, and genetic susceptibility also play a role in this trend (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019).

Breast cancer is the leading cause of cancer in women in both high- and low-income countries, accounting for more than one million of the approximately. Every year, about one million new instances of female carcinoma of the breast are detected around the world (Bray, McCarron and Parkin 2004). In Pakistan, breast cancer is particularly prevalent in younger women than in Western countries, in which the typical age of occurrence is beyond sixty years of age (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019).

Breast cancer is the most common malignancy in Pakistan. Reasons that account for the elevated death rate involve lack of knowledge, inadequate preliminary diagnostic resources, different ethnic groups, based on gender, and

financial pressures that restrict women's choice in obtaining medical treatment (Jabeen, Zakar and colleagues 2024).

Early identification allows for the removal of the impacted tissue before it progresses to other parts of the body, enhancing the likelihood of survival (Naz, Khanum and colleagues 2016). According to the literature, delayed presentation is linked to an inadequate level of understanding and awareness, and this delay might be caused by social, personal, and economic causes (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019). In Pakistan, about half of the patients arrive at the most severe stage of their illness, specifically at stage III or IV (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019). This might result in an earlier detection of the disease at a less severe stage, improving the outcome and eventually boosting the probability of survival (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019).

Breast cancer advances more rapidly in young women, particularly those of in reproductive years, than in older women, resulting in a considerable fall in the overall survival rate (Zahid, Ahmed and colleagues 2018). Late presentation consists of two parts: patient delay, which is the time between discovering the initial sign of cancer and presenting to a trained medical practitioner, and provider delay, which is the time between patient appearance and the first cancer therapy (Sharma, Costas and colleagues 2012). In various middle-income countries, such as Pakistan, delays in the initial screening for breast cancer in women are caused by individuals and systemic problems (Khan, Duan and colleagues 2021). Timely identification of breast carcinoma in Pakistan is challenging due to low healthcare spending and other hurdles. Pakistanis, like several developing nations, prioritize family decisions due to their religious and cultural values in situations involving disease, families, not patients, participate in medical decisions.

Spiritual practices

Spiritual practices (Masood, Akram and Hameed 2022) indicate courage and a means of fighting terrible illnesses (Saeed, Asim and Sohail 2021; Khan, Duan and colleagues 2021). Religious misunderstandings, peer pressure, and incorrect ideas all lead to the absence of breast cancer monitoring efforts and delays in receiving care among Pakistani women (Saeed, Asim and Sohail 2021).

In one research by (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019).The excuses indicated by individuals for the delayed presentation were as follows: in 107 patients (96%), presenting delaying was associated with inattention to the

condition or being aware of the fact that the lump is not painful (Masood, Akram and Hameed 2022) in the breast; ninety patients disclosed being afraid of the expense of expected medical care; eighty-one reported to of the fact that they had been shy with getting examined by a male doctor.

Moreover, 79 stated late since they had previously received herbal or unusual procedures (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019) Seventy-two individuals had concerns about cancer-related stigma, or separation from their spouses, loved ones, and circle of friends, or felt unwilling about going through procedures involving surgery, while 68 had sought out spiritual advisers (Khan, Duan and colleagues 2021) or thought themselves that they had been spiritually cured, and 41 presented late for other reasons Late for various reasons (e.g., "clinic/hospital located a long way " "too occupied," (Ullah, Khan und colleagues 2021) or not wanting everyone to find out that I had lumped")(Gulzar, Akhtar and colleagues 2019).

Minimizing death rates requires early diagnosis and treatment availability (Francies, Hull and colleagues 2020). Patient delay has been linked with bigger tumor size, a more severe stage of appearance, and lower overall survival, all of which contribute to increased disability, sickness, and death which is a major problem in the developing world (Sharma, Costas and colleagues 2012; Gulzar, Akhtar and colleagues 2019).

According to the literary work, the lack of understanding relates to late diagnosis, possibly due to individual societal or economic causes (Gulzar, Akhtar and colleagues 2019). Despite the individual's circumstances which include age, relationship status, and health history, as well as financial considerations such as work, monthly revenue, and medication cost, cannot be changed. Cultural and social parameters such as the public's understanding and misconceptions regarding the medical condition, signs, and what they think is stigma related to the condition, including the fact that it is permanent and fatal, etc.

(Richards, Smith and colleagues 1999), has done an excellent job by performing a comprehensive assessment of 87 observational studies worldwide (101,954 patients) to determine the impact of delays on survival (Richards, Smith and colleagues 1999). They discovered that delays of three to six months are related to decreased survival (Richards, Smith and colleagues 1999). According to the International Agency for Research on Cancer, low- and middle-income nations account for 60% of new cases and 70% of all breast cancer fatalities (Trapani, Lengyel and colleagues 2021). Invasive techniques,

such as invasive biopsy specimens were performed without anesthetic, resulting in discomfort, and were the primary factors affecting delays in accessing care (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022). A lengthy surgical application process leads to delays in getting appropriate care for patients with breast cancer (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022).

Body Dysmorphia

The breasts are an important organ in the female body. It represents femininity, sexual beauty, and a desire to be praised (Saeed, Asim and Sohail 2021). The removal of breasts can harm a woman's self-esteem and cause her to feel uncomfortable (Saeed, Asim and Sohail 2021). Some individuals stated that breast cancer represented an illness that challenged their femininity (Saeed et al., 2021). Females rarely choose advanced medical therapy for breast cancer to prevent surgery (Saeed, Asim and Sohail 2021).

Breast cancer patients experience anxiety regarding body distortion, psychological difficulties, and negative expectations about treatments (Saeed, Asim and Sohail 2021). Patients may not want to receive empathy, which leads to feeling less regarded as individuals (Saeed, Asim and Sohail 2021). They experience a loss of dignity when others place them in positions of weakness during social interactions (Saeed, Asim and Sohail 2021).

Women linked breast cancer with a distorted body image and a diminished sense of beauty (Saeed, Asim and Sohail 2021). This is due to the belief that the illness affects a physical part that represents motherhood and woman being (Saeed, Asim and Sohail 2021). Likewise, cancer treatment may cause pigmentation on the skin, absence of hair, and loss of lashes, all of which disrupt one's body image (Saeed, Asim and Sohail 2021). An interview was conducted in which one participant expressed her dread of the procedure. "One day, when she went to the hospital for chemo and was informed that her hair would be removed. At that moment, she wanted to get back to the hospital. She burst into tears frequently when her hair was cut off. Her next worry was that they'd take off her breasts. For women, breasts represent completion. She was frightened of having a mastectomy (Saeed, Asim and Sohail 2021).

Social support and Male physicians

It was discovered that women suffering from breast cancer do not receive adequate emotional and social help from their families and other relatives (Saeed, Asim and Sohail 2021). Patients avoid interacting with friends and

neighbors because they believe they are careless (Saeed, Asim and Sohail 2021). Patients feel their psychological bodies are unsuitable for their social environment (Saeed, Asim and Sohail 2021). Patients prefer to be isolated from available social support to avoid poor physical reviews (Saeed, Asim and Sohail 2021).

In Punjab, women do not want to see a male doctor, because they feel that the breast is a feminine organ, so they do not feel comfortable. Women were hesitant to see male physicians (Saeed, Asim and Sohail 2021; Masood, Akram and Hameed 2022) to receive therapy because they weren't comfortable with showing their feminine organs for examination and treatment by the opposite gender (Saeed, Asim and Sohail 2021; 2021; Khan, Duan and colleagues 2021). The cultural conventions prevent women from seeking breast cancer therapy and counseling from male physicians (Saeed, Asim and Sohail 2021). Additionally, partners and relatives strongly oppose obtaining therapy from a male doctor (Saeed, Asim and Sohail 2021). As a result, many women postponed treatment due to the discomfort associated with discussing a breast-related issue with a male physician (Saeed, Asim and Sohail 2021). They believed that a pious and decent lady should not expose her body to any guy other than her spouse (Saeed, Asim and Sohail 2021).

Contemporary treatment

In research conducted one of the most common reasons for the delay of diagnosis of breast cancer is wasting time in utilizing contemporary treatment methods, lack of finances, and painless lump (Khan, Duan and colleagues 2021). Additionally, some other reasons were only primary education, negative family genealogy, and generational gap (Khan, Duan and colleagues 2021).

The traditional health-seeking behavior in Pakistan, where a "homeopathic doctor" is described as one who practices a form of complementary treatment in which specific health problems are addressed by consuming small amounts of substances that, at large quantities, may induce the same condition in a healthy person. On the other hand, "Pir" is derived from the Persian word for "old man" or "regarded senior" and refers to a spiritual advisor, holy man, or wielder of spiritual power and blessing. The term "Hakim" refers to a traditional healthcare provider or drug merchant who practices Greek/Unani medicine.

Health System Challenges and Health Workforce

Health workers constitute an issue in any nation's healthcare system; hence it is crucial to ensure sufficient high-quality doctors are produced and placed to national needs (Butt, et al.,2019). Accessibility to assistance, directly related to the accessibility and caliber of suitable medical professionals, has emerged as one of the major factors affecting female health indices in Pakistan. Considering their restricted liberty and mobility, especially in remote and rural areas women and their unique demands are particularly impacted by this restriction (Mir et al., 2013). Pakistan is one of the Southeast Asian nations with a significant shortage of workers in health care, along with other countries with low or middle incomes (Butt, et al.,2019).

Women face challenges in diagnosis and treatment for breast cancer due to limited access and a lack of healthcare services. Numerous nations with low incomes struggle to provide access to care. In Pakistan, the overall expenditure on health accounts for only 2.6% of GDP, and medical centers for cancer diagnosis and care are extremely low (Khan, Duan and colleagues 2021). Annually, 175,000 people are diagnosed with cancer, putting further economic and social strain on an existing overburdened healthcare system. Cancer care in Pakistan is yet to be developed (Khan, Duan and colleagues 2021).

National health strategies have limited efficient education services, and the patient-to-physician ratio is high (Masood, Akram and Hameed 2022; Khan, Duan and colleagues 2021). Aside from some cancer places, state-run hospitals currently experience an acute shortage of basic health services such as mammograms, cancer specialists, and nurses (Khan, Duan and colleagues 2021).

There are fewer cancer-specific healthcare facilities, inadequate healthcare resources, and few medical professionals, which include cancer specialists, radiographers, and nurse practitioners (Masood, Akram and Hameed 2022). Additionally, Pakistan's national health policy lacks helpful educational courses to fight cancer effectively. In line with the statistics from the World Bank, one doctor is accessible to every thousand individuals, showing a major gap (Masood, Akram and Hameed 2022).

Despite Pakistan's charity hospitals such as Shaukat Khanum Cancer Hospital and several non-governmental organizations to assist needy people with cancer, due to a lack of knowledge and guidance about walk-in medical

centers, the bulk of patients suffer to get healthcare services at the local services (Khan, Duan and colleagues 2021). It may take some time for a consistent referral program to be implemented throughout the country, but providing the local population with a link to the most recent guidelines and processes at the local scale is rather simple (Khan, Duan and colleagues 2021).

Knowing the significance of medical professionals is essential for recognizing the unstructured reference system in the population (Masood, Akram and Hameed 2022). This knowledge can help authorities design effective health policies based on current reality (Masood, Akram and Hameed 2022).

Infrastructure

Pakistan, the world's fifth-largest population country, is at a critical juncture when it comes to health and economic growth (Mashhadi 2016). Pakistan is a democratic country that has four states: Punjab, Baluchistan, Khyber Pakhtunkhwa, and Sindh, as well as one small state, Gilgit-Baltistan (Mashhadi 2016). Pakistan has put forth a lot of effort to meet the Millennium Development Goals (MDGs), which apply to all developing nations.

Pakistan's health statistics clearly show that during the past 50 years, the country's health has improved relatively slowly (Kurji, Premani and Mithani 2016). Pakistan's national health policy began to progress with an insufficient emphasis on medical care at the time of freedom. Following the Statement of Alma Ata, the focus of medical facilities switched to basic medical services, and the state changed its structures extensively to accommodate basic medical services (Kurji, Premani and Mithani 2016). As a result, primary health care (PHC) facilities are now available to all urban residents.

In Pakistan, Basic Health Units (BHUs) play a vital role in the healthcare system by providing primary health care (PHC) (Aziz and Hanif 2016). One major issue is delivering medical services to 251 million people, many of whom cannot afford necessary treatments (Mashhadi 2016). An equitable financial framework is needed to allocate healthcare funding, with current public and private sector contributions at about $9.31 and $24.80 per person, respectively (Mashhadi 2016).

Healthcare services providers in Pakistan have grown, as the research, Still, many of these institutions have inadequate leadership, poor medical quality, an inadequate amount of assets a dearth of qualified workers, and lack of accessibility of female employees, a high staff absences rate, and most

assigned physicians are preoccupied with personal practices due to an absence of rewards to enhance efficiency (Kurji, Premani and Mithani 2016). Pakistan has a centralized medical system where the federal government oversees all significant decisions regarding health and powers (Kurji, Premani and Mithani 2016). As a result of this centralized management, provincial governments can only carry out policy Implementation within their borders.

The public, particular groups, and interested parties are not involved in the development of health strategies and health scheduling (Kurji, Premani and Mithani 2016). This creates a vacuum between the district, province, and federal levels. In addition, plenty of initiatives are implemented poorly, funds are duplicated, and they don't produce results (Kurji, Premani and Mithani 2016). People from the countryside are referred to tertiary care facilities since most individuals are unwilling to use public medical facilities due to the BHUs and RHCs inadequate infrastructure (Kurji, Premani and Mithani 2016). Their ability to obtain medical treatment is restricted by the distance to these facilities, the lack of public transportation options, and the bad roads (Kurji, Premani and Mithani 2016).

Furthermore, it is discovered that Pakistan's public service is underutilized because of inadequate human resources, a dearth of medical training, an absence of transparency, and hurdles resulting from linguistic and cultural differences, for some individuals, all these elements make traveling to a BHU nothing but short of an absolute misery (Kurji, Premani and Mithani 2016). The medical sector in Pakistan has seen changes over the years, with roots in the ancient, traditional, health for all, primary, and healthcare systems upgrading approaches for improved health outcomes. In addition to other diverse public health initiatives, healthcare is delivered through a three-tiered delivery system (Mashhadi 2016), the BHUs and RHCs make up the primary medical system (Mashhadi 2016).

However, Tehsil headquarters hospitals (THQ) and District headquarter hospitals (DHQs), which are supported by university hospitals (tertiary care), provide secondary health care, which consists of first and second-referral centers that offer acute, in-patient ambulatory medical treatment (Mashhadi, et al.,2016). The private healthcare system is made up of physicians, alternative healers, pharmacy professionals, drug sellers, nursing staff merchants, unlicensed practitioners, and laboratory technicians (Mashhadi, et al.,2016).

Financial Barriers

Breast cancer assessment in Pakistan is hindered by societal and financial challenges, leading to delayed care and diagnosis. The psychological strain linked to being diagnosed with cancer can occasionally be outweighed by the cost that the patient and family bear (Zaidi, Ansari and Khan 2012), This is particularly significant for developing nations because the government provides little funding for cancer treatment (Zaidi, Ansari and Khan 2012).

Rural areas lack institutional healthcare facilities and societal security services. Breast cancer detection and care are expensive in most countries in the world, both industrialized and undeveloped (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022), but the government bears a significant portion of this cost in industrialized countries and privileged nations around the world (Zaidi, Ansari and Khan 2012). Salary reductions owing to medical care in working women with carcinoma of the breast negatively impact hardly bearable circumstances and add to the individual's financial burden (Zaidi, Ansari and Khan 2012).

Breast cancer treatment is too expensive and remains so for the majority of those at greatest risk. It extends over the initial treatment phase to the more severe stages, resulting in a financial burden that prevents most patients from obtaining care (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022).

In Pakistan, as in several other underdeveloped nations, the governing body provides little aid, and the person receiving treatment and their immediate family bear almost all the expenses, in both direct and indirect ways (Zaidi, Ansari and Khan 2012). Insufficient money is a significant barrier to breast cancer therapy (Saeed, Asim and Sohail 2021). Women might choose not to turn into an additional expense to their households because cancer therapy is extremely costly, and lower-middle-income families tend to be incapable of covering these costs (Saeed, Asim and Sohail 2021). As a result, patients postpone therapy and hide their pain from others. This is exemplified in the interview "When she first found out about the cancer, she assumed that her treatment costs would be a financial hardship for her family. She is from a low-income home; if her family spends money on her treatment, they will not be able to support themselves." (Saeed, Asim and Sohail 2021).

Medical insurance is not widely available in Pakistan, and most women rely on their partners for financial support. Furthermore, they are concerned with satisfying the demands of their kids and other close family members, so they frequently overlook their well-being (Saeed, Asim and Sohail 2021).

In another interview conducted the patient said "She attempted to ignore the breast tumor when she noticed it in her body (Saeed, Asim and Sohail 2021). She was hesitant to get medical care because her family wasn't secure in their finances and was unable to cover the therapy costs (Saeed, Asim and Sohail 2021). When the suffering was beyond her power, her children forced her to visit the doctor.

Diagnosis

Self-Examination Practice

A variety of techniques for diagnosing breast cancer before its development is now accessible, with breast self-examination being the most comfortable (Zahid, Ahmed and colleagues 2018). BSE is an at-home examination in which women examine and feel each breast for abnormalities (Naz, Khanum and colleagues 2016). BSE is affordable, easy, and does not need specific tools or frequent trips to the hospital (Naz, Khanum and colleagues 2016), making it ideal in developing nations with limited resources (Zahid, Ahmed and colleagues 2018). BSE is a straightforward, affordable, and uncomplicated process that requires no skilled professionals and may be performed by women themselves (Naz, Khanum and colleagues 2016). Furthermore, practicing BSE daily develops women familiar with the usual sight and texture of their breasts. They can spot any modifications in their breasts immediately as they occur (Zahid, Ahmed and colleagues 2018).

In Punjab Pakistan especially in rural areas, women do not know about self-examination, many women have little exposure to breast self-examination, and their understanding of breast cancer detection is inadequate (Saeed, Asim and Sohail 2021). As a result, women are incapable of determining the existence of tumors in their breasts (Saeed, Asim and Sohail 2021). The initial apparent indication of breast cancer is the appearance of a lump in the breast which appears distinct from other parts of the tissue in the breast (Naz, Khanum and colleagues 2016). Additional symptoms might involve breast tissue becoming thicker, breast size differences, rash surrounding the nipple area, secretion from the nipple, and persistent discomfort or enlargement in the breast or armpit (Naz, Khanum and colleagues 2016). Women can detect irregularities in the size and shape of their breasts by examining themselves (Akram, Iqbal and colleagues 2017). Regular BSE might increase the likelihood of early

diagnosis which ultimately results in a higher prognosis (Naz, Khanum and colleagues 2016).

In Pakistan, oncologists and surgeons face the challenge of managing those suffering from aggressive breast cancer (Shamsi, Khan and colleagues 2020). Research done in Pakistan found that 69.99 percent of breast cancer patients were diagnosed with stage III or IV illness when they first presented (Shamsi, Khan and colleagues 2020).

Women who have an awareness of breast self-examination (BSE) was low, with over fifty percent of them doing it infrequently or never (Ullah, Khan und colleagues 2021). Research performed at Mayo Hospital in Lahore, Pakistan, found that women had inadequate information about BSE; most women had never undergone a breast self-examination (Ullah, Khan und colleagues 2021).

Other Diagnostic Method

Breast cancer is often diagnosed by a variety of methods, such as magnetic resonance imaging (MRI), biopsy, medical checkup, mammography, and breast ultrasound (Naz, Khanum and colleagues 2016). Breast self-examination (BSE), clinical breast examination (CBE), and mammography are the most regularly used screening modalities for breast cancer (Naz, Khanum and colleagues 2016).

Numerous studies have investigated the use of supplementary screening ultrasounds in high-risk women with dense breast tissue, revealing a significant number of incorrect results (Akram, Iqbal and colleagues 2017). However, no controlled studies have evaluated the effect of screening ultrasound on breast cancer mortality (Akram, Iqbal and colleagues 2017). Ultrasonography can identify the size and location of tumors, but a biopsy is needed to confirm malignancy (Akram, Iqbal and colleagues 2017). Nuclear medicine involves administering a radioactive compound to a patient, with the emitted radiation detected by external systems like gamma cameras and PET detectors (Akram, Iqbal and colleagues 2017).

Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) is a breast screening method that uses radioactive substances like gallium-67, iodine-131, and technetium-99m to emit gamma rays (Akram, Iqbal and colleagues 2017). It can scan the entire body, is safe in terms of radiation exposure, and effectively detects benign and metastatic tumors (Akram, Iqbal and colleagues 2017). Positron Emission Tomography (PET) is another safe imaging technique that uses positron-emitting elements such as oxygen-15 and fluoride-

18 (Akram, Iqbal and colleagues 2017). Cancerous cells absorb more of this tracer due to their higher metabolic activity, making them more visible on the scan (Akram, Iqbal and colleagues 2017).

Treatments

In the field of health, the Pakistan Atomic Energy Commission, or PAEC, has been crucial. Currently, PAEC provides more than 13 nuclear medicine and oncology centers with outstanding resources for wellness and nutrition, as well as coordinated initiatives to detect a variety of cancers and related illnesses (Ali, Manzoor and colleagues 2022). Breast cancer stem cells (BCSCs) remain the primary cause of tumor aggression and the most significant barrier in cancer therapy, Furthermore, resistance to medicines is a key barrier to successful therapy (Barzaman, Karami and colleagues 2020).

Patients with localized or metastatic breast cancer have a miserable prognosis. Their lifespan is about two to four years (Barzaman, Karami and colleagues 2020). Around 10 percent of newly detected breast cancer cases progress to advanced stages (Barzaman, Karami and colleagues 2020). Accurate diagnosis is essential for effective cancer treatment, Breast cancer is diagnosed by integration of medical and pathological investigations (Shyyan, Masood and colleagues 2006). Diagnostic imaging investigations provide physicians with appropriate prognoses and predictive data to guide patient care and commence cancer treatment (Shyyan, Masood and colleagues 2006). The examination and therapeutic approach for breast cancer can be complicated and may differ greatly between people (Ormel, Magalhaes and ceolleagues 2021). However, there are a few similarities in treatments for many women: frequently starting with medical examinations following an abnormal or unexpected finding, followed by surgery, and finally a combo of radiation, chemo, the rebuilding process, or hormonal therapy (Ormel, Magalhaes and ceolleagues 2021). In Primary prevention interventions aiming at increasing breastfeeding, especially in terms of time frame, may potentially be advantageous (Bray, McCarron and Parkin 2004).

Tamoxifen has been proven to reduce breast carcinoma prevalence in preventive programs and is the only globally approved medication for breast cancer chemoprevention (Bray, McCarron and Parkin 2004). Treatment options vary based on the disease's genetic makeup (Francies, Hull and colleagues 2020). Local treatments like radiotherapy and surgical excision directly target tumors, while systemic therapies, including chemotherapy and

hormonal therapy, are used for metastatic cancer (Francies, Hull and colleagues 2020).

Having surgery (removing a portion or whole of the breast) is the initial course of treatment for over 90 percent of breast cancer patients (Mathieu, Daneau and colleagues 2022). The physical challenges linked with this operation are extensive (for example, discomfort, lymph nodes, and muscular fatigue), resulting in difficulties in routine tasks and an adverse effect on the patient's quality of life (Mathieu, Daneau and colleagues 2022). Women with cancer in its early stages and who have access to radiotherapy may be eligible for breast-protecting surgery (Francies, Hull and colleagues 2020). Breast-preserving procedures are not possible in nations with low or middle incomes with limited access to radiation infrastructure (Francies, Hull and colleagues 2020). Breast preserving operation is a substitute for mastectomy that preserves breast tissue, radiation treatment will destroy any remaining tumor tissue. (Francies, Hull and colleagues 2020).

Medicinal treatment of breast cancer with antiestrogens such as raloxifene or tamoxifen may prevent mammary cancer in people who are more likely to get it (Akram, Iqbal and colleagues 2017). In some countries, people use plants to treat cancer. The utilization of plants for treating individuals with breast cancer is seen as a natural approach because certain plants might have the power to treat carcinoma (Akram, Iqbal and colleagues 2017).

Initiatives targeted at reducing the high cost of treatment and policies focused on early identification are critical for improving early detection and therapy and lowering the financial burden of breast cancer (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022). We encourage regulations to focus on raising the number of qualified and specialized medical staff (physicians, nursing staff, and so on) and testing for breast cancer clinics across Asia to promote early detection and treatment (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022).

The leadership of Pakistan's health ministry employs many nurses, female medical officers, and health visitors who work in remote medical groups, primary care units, tehsil headquarters, district headquarters, and combined military hospitals. Nurses, female medical officers, and health visitors are appropriate candidates if they receive training and are used for the intended purpose. This method will revolutionize the early detection of breast cancer in Pakistan. Ultimately, it will increase survival rates and minimize death (Naz, Khanum and colleagues 2016).

Recommendations

To tackle the issue of breast cancer, the government of Pakistan must implement multi-pronged approaches, which include improved reported cases and paperwork, community-level understanding, encouraging early identification of breast cancer, resolving obstacles to the introduction of improved medical services, and facilitating diagnosis easier (Khan, Duan and colleagues 2021). To increase breast cancer awareness among Pakistani women, all Pakistanis must be educated on the notion that cancer is not an infectious illness or one that can be spread through direct contact more easily (Khan, Duan and colleagues 2021). There is an immediate need to launch culturally relevant educational initiatives regarding women's health, particularly breast cancer and its associated dangers linked to both environmental and lifestyle variables, at the public level in conjunction with healthcare providers (Khan, Duan and colleagues 2021).

There's a critical requirement to establish a national-level cancer registry database that can offer correct prevalence figures for identified cases, rates of recovery, and other associated metrics (Khan, Duan and colleagues 2021). The government must make investments in cost-effective detection and treatment strategies to promote downstaging and ensure the accessibility of reachable specialized breast cancer hospitals, educated female cancer doctors, nurse practitioners, genetic guidance centers, and educational sections in textbooks (Khan, Duan and colleagues 2021).

The study's findings, and an overview of related research, suggest that female willingness to seek assistance is more than simply an outcome of education and income (Khan, Hanif and colleagues 2015). An intricate interplay of mental health, social, ethnic, and cognitive factors also impact it (Khan, Hanif and colleagues 2015). The medical system's vulnerability, including an absence of communication among general health services and medical professionals, is another significant factor affecting women's tendency to seek assistance with suspicious breast cancer (Khan, Hanif and colleagues 2015). The Ministry of Health must perform an immense quantity of effort in this area by establishing a system of interaction involving everyone to raise overall understanding (Khan, Hanif and colleagues 2015).

Health system researchers should actively recognize social and cultural factors and variations in fostering early breast cancer detection and therapy across Asian women (Afaya, Ramazanu and colleagues 2022). Governments

must recognize variables contributing to delays before developing measures to reduce them (Shamsi, Khan and colleagues 2020). Measures could involve raising understanding of breast cancer symptoms and indicators, promoting self-examination and diagnostic mammography, and urging women to get medical attention as soon as feasible (Shamsi, Khan and colleagues 2020).

To educate the whole community, an intensive outreach effort is required. The goal of education initiatives must be to inform the public that malignancy has an alarmingly high frequency in Pakistan and that it is treatable and does not have to be life-threatening. It may be diagnosed early on, even with basic self-monitoring approaches, and the lifestyle after malignancy is worth living (Khan, Hanif and colleagues 2015). Additionally, I wish to call the interest of health departments to the establishment of an alliance of other groups that work in the same vein, as well as to enhance the stability of the initiative's national basis (Khan, Hanif and colleagues 2015). Training courses for female healthcare providers around the country could be extremely beneficial in teaching people and facilitating early referrals to tertiary care hospitals (Khan, Hanif and colleagues 2015). We advocate for establishing specialized breast centers with necessary diagnostic equipment in rural areas of the region to provide simple availability of medical services for women with low incomes (Khan, Hanif and colleagues 2015). Furthermore, we suggest that healthcare professionals in our region evaluate whether a woman is one of three women who decide to postpone the diagnosis of her breast symptoms by providing suitable measures aimed at changing their behaviors, raising understanding about developments in controlling the disease and encouraging individuals to stick to their medical care course (Khan, Hanif and colleagues 2015).

To close the distance, authorities should introduce comprehensive screening recommendations and effectively address the need for breast cancer detection while managing the available medical facilities (Francies, Hull and colleagues 2020).

References

1. Asif H.M.; Sultana S.; Akhtar N.; Rehma U. J.; Rehman U. R. (2014): Prevalence, risk factors and disease knowledge of breast cancer in Pakistan, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(11), pp. 4411–4416.
2. Afaya A.; Ramazanu S.; Bolarinwa A. O.; Aboagye G. R.; Daniels-Donkor S. S.; Yahaya R. A.; Shin J. ; Dzomeku M. V. ; Ayanore A M. ; Alhassan K. R. (2022): Health system barriers influencing timely breast cancer diagnosis and treatment among women in low and middle-income Asian countries: Evidence from a mixed-methods systematic review, BMC Health Services Research, 22(1).
3. Ali A.; Manzoor F. M.; Ahmad N.; Aadil M. R. Qin H.; Siddique R. Riaz S.; Ahmad. A.; Korma A. S.; Khalid. W.; Aizhong L. (2022): The burden of cancer, government strategic policies, and challenges in Pakistan: A comprehensive review, Frontiers in Nutrition, 9.
4. Aziz S.Z. and Hanif I., (2016): Primary care and health system performance in Pakistan: A study of basic health units of South Punjab. J Pak Med Assoc, 66(12), pp.1632-1636.
5. Akram M.; Iqbal M.; Daniyal M.; Khan U. A. (2017): Awareness and current knowledge of breast cancer', Biological Research, 50(1).
6. Barzaman K.; Karami J.; Zarei, Z.; Hosseinzadeh A.; Kazemi M. H.; Moradi-Kalboland S.; Safari, E.; Farahmand, L. (2020): Breast cancer: Biology, biomarkers, and treatments', *International Immunopharmacology*, 84, p. 106535.
7. Banning M.; Hassan M.; Faisal S.; Hafeez H. (2010): Cultural interrelationships and the lived experience of Pakistani breast cancer patients', European Journal of Oncology Nursing, 14(4), pp. 304–309.
8. Bray F., McCarron P. and Parkin D.M. (2004): The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality', Breast Cancer Research, 6(6).
9. Butt F. P., Mahboob U. and Javed K. (2019): "Improving workforce in health sector: A survey on motivation of medical graduates and residents on willingness to practice in rural community", Health Professions Educator Journal, 2(1), pp. 33–38.

10. Francies FZ, Hull R, Khanyile R, Dlamini Z. (2020): Breast cancer in low-middle income countries: abnormality in splicing and lack of targeted treatment options. Am J Cancer Res. 2020 May 1;10(5):1568-1591.
11. Gulzar F.; Akhtar M. S.; Sadiq R.; Bashi S.; Jamil, S.; Baig S. M. (2019): Identifying the reasons for delayed presentation of Pakistani breast cancer patients at a tertiary care hospital, Cancer Management and Research, 11, pp. 1087–1096.
12. Hussain I.; Majeed A.; Masood I.; Ashraf W.; Imran I.; Saeed H.; Ur Rehman A.; Hashmi F. K.; Saleem F.; Akbar M.; Chaudhry M. O.; Ullah J.; Rasool M. F. (2022): A national survey to assess breast cancer awareness among the female university students of Pakistan, PLOS ONE, 17(1).
13. Hameed F.; Afzal J.; Rafique A.; Jameel M. K.; Niaz K.; Alam H.; Shoaib M. (2022): The importance of clinical data & prevalence of breast tumors in South Punjab, Pakistan, Pakistan Journal of Medical and Health Sciences, 16(11), pp. 85–88.
14. Khaliq I. H.; Mahmood H. Z.; Sarfraz M. D.; Gondal K. M.; Zaman S. (2019): Pathways to care for patients in Pakistan experiencing signs or symptoms of breast cancer, The Breast, 46, pp. 40–47.
15. Iqbal M. J.; Javed Z.; Sadia H.; Qureshi I. A.; Irshad A.; Ahmed R.; Malik K.; Raz S.; Abbas A.; Pezzani R.; Sharifi-Rad J. (2021): Clinical applications of Artificial Intelligence and machine learning in cancer diagnosis: Looking into the future, Cancer Cell International, 21(1), Article 270.
16. Jabeen S.; Zakar R.; Zakar M. Z.; Fischer F. (2024): Experiences of family caregivers in dealing with cases of advanced breast cancer: A qualitative study of the sociocultural context in Punjab, Pakistan, BMC Public Health, 24(1), Article 1030.
17. Khan N. H.; Duan S.-F.; Wu D.D.; Ji X.Y. (2021): Better Reporting and awareness campaigns needed for breast cancer in Pakistani women, Cancer Management and Research, 13, pp. 2125–2129.
18. Kurji Z.; Premani Z. S.; Mithani Y. (2016): Analysis of the health care system of Pakistan: Lessons learnt and way forward, eCommons@AKU. https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_son/282. (Download time: 23 January 2025).

19. Khan M.A..; Hanif S; Iqbal S.; Shahzad M.F.; Shafique S.; Khan M.T. Presentation delay in breast cancer patients and its association with sociodemographic factors in North Pakistan. Chin J Cancer Res. 2015 Jun;27(3):288-93.
20. Masood Gondal K.; Akram R. and Hameed Khaliq I. (2022): Diagnostic delay in breast cancer diagnosis: The Role of Health Practitioners, Journal of Social & Health Sciences, 1, pp. 30–38.
21. Mashhadi S.F. (2016): "HEALTHCARE IN PAKISTAN - A SYSTEMS PERSPECTIVE: Healthcare in Pakistan", Pakistan Armed Forces Medical Journal, 66(1), pp. 136 - 42. Available at: https://pafmj.org/PAFMJ/article/view/416 (Download time: 23 January 2025).
22. Mir A. M.; Shaikh G. R.; Shaikh S.; Mankani N.; Hassan A.; Sadiq M. (2013): Assessing retention and motivation of public health-care providers (particularly female providers) in rural Pakistan, Population Council.
23. Naz N.; Khanum S.; Dal Sasso G. T. M.; Souza M. D. L. (2016): Women's views on handling and managing their breast cancer in Pakistan: A qualitative study, Diseases, 4(2), p. 17.
24. Mathieu J.; Daneau C.; Lemeunier N.; Doyon A.; Marchand A.A.; Descarreaux M. (2022): Conservative interventions and clinical outcome measures used in the perioperative rehabilitation of breast cancer patients undergoing mastectomy: A scoping review', BMC Women's Health, 22(1), Article 343.
25. Ormel I.; Magalhaes M.; Josephson D.; Tracey L.; Law S. (2021): How to know what to know: Information challenges for women in the diagnostic phase of breast cancer', Patient Education and Counseling, 104(1), pp. 179–185.
26. Richards M. A.; Smith P.; Ramirez A. J.; Fentiman I. S.; Rubens R. D. (1999): The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer, British Journal of Cancer, 79(5–6), pp. 858–864.
27. Saeed S., Asim M. and Sohail M.M. (2021): 'Fears and barriers: Problems in breast cancer diagnosis and treatment in Pakistan', BMC Women's Health, 21(1).

28. Sharma K.; Costas A.; Shulman L. N.; Meara J. G. (2012): A systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation, Journal of Oncology, 2012, Article 121873.
29. Shamsi U.; Khan S.; Azam I.; Usman S.; Maqbool A.; Gill T.; Iqbal R.; Callen D. (2020): Patient delay in breast cancer diagnosis in two hospitals in Karachi, Pakistan: Preventive and life-saving measures needed, JCO Global Oncology, (6), pp. 873–883.
30. Shyyan R.; Masood S.; Badwe R. A.; Errico K. M.; Liberman L.; Ozmen V.; Stalsberg H.; Vargas H.; Vass L. (2006): Breast cancer in limited-resource countries: Diagnosis and pathology, The Breast Journal, 12(s1), pp. S27–S37.
31. Trapani D.; Lengyel C. G.; Habeeb B. S.; Altuna S. C.; Petrillo A.; El Bairi K.; Hussain S.; Mazher S. A.; Elfaham E. M.; Curigliano G.; Khan S. Z. (2021): The global landscape of availability, accessibility and affordability of essential diagnostics and therapeutics for the management of HER2-positive breast cancer: The ONCOLLEGE-001 survey, Journal of Cancer Policy, 28, p. 100285.
32. Ullah Z.; Khan M. N.; Din Z. U.; Afaq S. (2021): Breast cancer awareness and associated factors amongst women in Peshawar, Pakistan: A cross-sectional study, Breast Cancer: Basic and Clinical Research, 15, p. 11782234211025346.
33. Zaheer S.; Shah N.; Maqbool S. A.; Soomro N. M. (2019): Estimates of past and future time trends in age-specific breast cancer incidence among women in Karachi, Pakistan: 2004–2025, BMC Public Health, 19(1), p. 1001.
34. Zahid I. Ahmed A..; Ladiwala Z. F. R.; Sheikh R.; Memon A. S. (2018): Breast self-examination awareness and practices in young women in developing countries: A survey of female students in Karachi, Pakistan, Journal of Education and Health Promotion, 7(1), p. 90.
35. Zaidi A.A., Ansari T.Z. and Khan A. (2012): The financial burden of cancer: Estimates from patients undergoing cancer care in a tertiary care hospital, International Journal for Equity in Health, 11(1).

Health Cooperation in light of crises and sanctions in Developing Countries. (Case study in Syria)

Dr. Bassel Anwar Asaad[1], Riyam Ghandi Hasan[2], Eng. Mohammad Bassam Kashamr[3]

[1]Senior Lecturer, Tishreen University, economic college, Lattakia, Syria. (Orcid ID: https://orcid.org/0009-0007-2586-957X).
[2] Student, University of Debrecen, Faculty of Health Sciences, Social Work in health care. (Orcid ID: https://orcid.org/0000-0002-7540-3379). 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.
[3]Communication and electronic Engineer, Faculty of Electrical Engineering, AL Baath University, Homs, Syria (Orcid ID: https://orcid.org/0009-0005-0914-3678).

INFO

Bassel Anwar Asaad
basselasaadhotel@gmail.com

Keywords
substances or products causing allergies or intolerances, consumer choices, informing consumers

ABSTRACT

The methods and plans for international health cooperation remain unclear, yet studies confirm the significant impact of political affairs on health organizations. This study focuses on the 13-year Syrian crisis, characterized by a semi-collapsed health system. The research addresses whether health cooperation has achieved social outcomes during this crisis. It examines health cooperation in Syrian government-controlled areas under sanctions, analyzes health service demand in Latakia using artificial intelligence models like Facebook Prophet, and highlights the social consequences of such cooperation.
Using a descriptive analytical approach and Python-based AI models, the study reveals significant findings. Economic sanctions have severely impacted Syria's economy and weakened its health sector. Health cooperation has failed to yield effective social outcomes, meet growing demands. However, AI models prove efficient and reliable in predicting health demand, aiding strategic planning.

Kulcsszavak
allergiát vagy intoleranciát okozó anyagok vagy termékek, fogyasztói választások, fogyasztók tájékoztatása

A nemzetközi egészségügyi együttműködés módszerei és tervei továbbra is tisztázatlanok, azonban a tanulmányok megerősítik, hogy a politikai ügyek jelentős hatással vannak az egészségügyi szervezetekre. Ez a tanulmány a 13 éve tartó szíriai válságra összpontosít, amelyet az egészségügyi rendszer félig összeomlása jellemez. A kutatás azt vizsgálja, hogy az egészségügyi együttműködés elérte-e a társadalmi célokat a válság idején. Megvizsgálja az egészségügyi együttműködést a szankciók alatt álló, szíriai kormány által ellenőrzött területeken, elemzi az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet Latakiában olyan mesterséges intelligencia modellek segítségével, mint a Facebook Prophet és kiemeli az ilyen együttműködés társadalmi következményeit. Leíró elemző megközelítéssel és Python-alapú mesterséges intelligencia modellek segítségével a tanulmány jelentős eredményeket tár fel. A gazdasági szankciók súlyosan érintették Szíria gazdaságát és gyengítették egészségügyi szektorát. Az egészségügyi együttműködés nem hozott hatékony

társadalmi eredményeket, nem tudta kielégíteni a növekvő igényeket. A mesterséges intelligencia modellek azonban hatékonynak és megbízhatónak bizonyulnak az egészségügyi igény előrejelzésében, segítve a stratégiai tervezést.

This study was created/prepared based on a presentation given within the framework of/with the support of/name of the research, grant and/or conference.

Introduction

In today's rapidly changing healthcare landscape, collaboration has been represented as a key driver in health promotion. Healthcare systems around the world face common challenges, such as aging populations, high healthcare costs, the growing burden of chronic diseases, epidemics, wars etc. It has become clear that a collaborative approach is necessary to address these issues effectively.

However, health has a dual nature as it is considered an end and a means for economic and social development at the same time. On the other hand, the accelerating increase of population worldwide and the high demand for health services accompanied by stable supply put the health sector at risk. However, there are constant endeavors and efforts made by countries to improve the health situation in many ways, the most important one is cooperation (Ghorban 2021). Many studies indicate that collaboration helps enhance health, the quality of shared information, and knowledge transfer, wherein there are varied measures for such collaboration and its consequences (Morley and Cashell 2017). Qualitatively speaking, collaboration in health leads to advanced and improved innovation, decision-making and relationships. Quantitatively, it helps minimize hospitalization and recovery time, symptom and psychological improvement, improved facilities, easy access to health services, and others (Propp, Apker and colleagues 2010) The term health collaboration is defined as "a process in which services, relationships, and elements are interconnected in the health care process (Yatim 2021).

Healthcare improvement includes not only specialists and providers but also patients. More precisely, this cooperation in making decisions and coordination is known as interpersonal collaboration (Orchard, King and colleagues 2012). Health cooperation in a health facility is called only micro health cooperation which refers to the relationship between patients and health personnel and cadres in different specialties, and all other service and material providers. On

the other hand, some researchers believe that professionals and specialists consider cooperation as a mechanism to improve healthcare because they can exchange opinions, ideas, and services, and this may expand to include funding and planning between various health bodies (hospitals, ministries, health insurance companies, health authorities, etc.) and get better information about patients. This can be called "Macro Health Cooperation", which refers to the health cooperation between various governmental and non-governmental agencies inside the country, or it can be referred to as cooperation within the country's health system. However, the collaboration of all health actors in a country reflects the best way of integration between healthcare and cooperation, the relationship type, and the cooperation feasibility and consequences (Moßhammer, Michaelis and colleagues 2016) Although cooperation between all health bodies within the same country is beneficial, there are many constraints and obstacles in this field, including time, lack of knowledge, routine, corruption, and lack of trust. (Jolanki Tynkkynen and Sinervo 2017) In fact, the last kind of health cooperation can be referred to as "global health cooperation", which is external health cooperation with the local health system at various components. However, the Covid-19 crisis has illustrated the strengths and weaknesses of the global health system and international health cooperation by testing its resilience. (Guppy, Widlund and colleagues 2023). Global health cooperation can be divided into regional health cooperation and international health cooperation.

Over the past two decades, great attention has been paid to the concept of health cooperation in diverse fields. Thus, close cooperation can lead to good results and developed health and social effects, but it is worth noting that regular and repeated calls for more cooperation have not been accompanied by any detailed plans. Many developed countries in Europe have been interested in health cooperation, and have endeavored to conclude several agreements to confront various health crises, as a result of the necessary need and the negative consequences of the Corona pandemic crisis (Heenan 2021) Health systems seek to achieve varied goals and social returns, which are achieved by improving the population's health indicators well, and meeting the growing health needs for all, leading to the advancement of societies and living condition enhancement. (Roussos and Fawcett 2000)

By adopting the concepts of health cooperation, countries seek to achieve many goals, particularly improving access to high-quality health services. So, the achievement of this goal needs local and international health cooperation

in many cases. Therefore, healthcare providers can exchange experiences, technologies, and resources to bridge the current gaps in the healthcare infrastructure between countries around the world. Additionally, health cooperation helps do research and development through the exchange of knowledge and participation in research, which have positive effects on the Global Health system. Health cooperation contributes effectively during the period of crises, disasters and wars, through effort coordination and the exchange of experiences and assistance, which raises the capacity and flexibility of health systems to respond to various crises. (Guppy, Widlund and colleagues 2023) However, the demand for health services is one of the most important indicators used by many countries because of its importance in determining the population's needs for health services, and its impact on determining the necessary supply of health services and ensuring it. On the other hand, the demand for healthcare and health services is more complicated than the demand for other goods because healthcare decisions are always puzzling and not easy. (Kim, and colleagues 2022)

The high increase in demand for health services during the crisis period has great impact on the health system response. In this context, studies discussed the effects of the sudden rise in health demand during the Corona pandemic period and the great pressure on hospitals accompanied by the collapse of health systems in some countries. Nevertheless, without global health cooperation (international and regional), health systems in countries, such as Italy, could not face the crisis, which was accompanied by catastrophic social consequences, wherein health cooperation contributed to minimizing. Forecasting the demand for health services plays an important role in estimating the number of services provided to clients in the future. Thus, the more realistic the forecast, the more helpful for the management to provide appropriate financial appropriations that cover patients' needs in hospitals and health centers, in addition to developing plans and policies. On the other hand, the correct forecasting of future demand contributes to illustrating difficulties and challenges and developing strategies necessary for health cooperation in its different forms (micro, macro, regional, and international) (Asaad 2016).

Syria has suffered from an armed conflict for thirteen years leading to severe damage to healthcare infrastructure and affecting badly on the health system. However, this crisis is still affecting the country, reaching a culmination in one of the world's most complex emergencies with large-scale humanitarian needs.

However, the current crisis has directly affected health development indicators with the result that Syria has lost from 10 to 20 years of economic development in general and health development in particular. This was accompanied by the respread of many pandemics (typhoid, hepatitis A, measles, leishmaniasis, polio, tuberculosis, AIDS, and other psychological illnesses). The war in Syria has led to the establishment of sub-health systems in northwestern Syria (including Turkish-controlled areas in northern Syria), northeastern regions under the Autonomous Administration of North and East Syria, and the remaining two-thirds of the country under the Syrian government control (Syria Public Health Network, 2020). These health systems have evolved differently with different leadership and governance structures, differences in funding, and different priorities in providing health care (Abbara, Marzouk, Mkhalalati 2021). Moreover, Syria has the highest number of internally displaced persons and refugees in other countries. During the war, at least half of the Syrian population, which was estimated 22 million, has been displaced, 6.7 million are internal refugees, women and children consisted of at least two-thirds of those displaced, and nearly 4.3 million were external refugees. Accordingly, the poverty percentage was 95% in Syria, according to the United Nations report for 2022. Therefore, the need for complex health cooperation has increased, which helps provide health services and reduce the war's social effects on the population, in light of a significant increase in demand for government health services and the high cost of private medical services resulting from inflation, making people unable to buy health and medical services from the private sector (Kheralla, Sahloul and colleagues 2021).

During 13 years of crisis and war, the Syrian health services sector has been significantly influenced. According to the data of the Syrian Ministry of Health at the end of 2022, up to 65% of hospitals have limited or no capacity. Additionally, more than 67% of health centers were damaged, and more than 72% of doctors and specialists traveled abroad. (Taleb, Bahelah and colleagues 2015)

Understanding the health issues of internally displaced people (IDPs) and the response of the health system, requires a deep understanding of their complex situation. IDPs are unevenly distributed in three key areas controlled by the various conflict parties, each one has developed its health system. (UNHCR 2018) The Syrian health sector is unorganized and multi-dependent. In other words, some health facilities are affiliated with the Ministry of Health, others

with the Ministry of Education and Scientific Research, and some others with governmental and non-governmental ministries, bodies, or organizations. However, international organizations, associations and bodies have been greatly active in the humanitarian and health field during the crisis. Meanwhile, with the spread of disorganization, the health system has become unstable and the spread of corruption makes achieving positive results of health cooperation difficult. In many cases, the degree of global health response and cooperation has been acceptable during crises around the world (health, environmental, wars) that are accompanied by a high increase in demand for health services. Therefore, health cooperation in its various forms is an important option to face high demand and achieve good social returns, whereas political interventions, sanctions and international relations play a negative role in restricting this cooperation, such as the Syrian war, the Iraqi war, and the suffering in North Korea and other countries whose policies are contradicted to Western trends.

Consequently, the current research aims to fill the scientific gap related to the limited studies about health cooperation and its social role in the increasing demand for health services during the crisis period in third-world countries that suffer from long wars and increasing economic sanctions. Despite the large number of studies about health cooperation during crises at the global level, there is an urgent need to study the reality of health cooperation and its social effects under the high demand during crises in third-world countries that suffer from economic and political sanctions. Hence, the study problem can be formulated in the following question: Did health cooperation contribute to achieving social results during the Syrian crisis in light of the increasing demand for health services?

Study Objectives

The study aims to:

1) Illustrate the reality of health cooperation (global, macro, micro) in the Syrian government areas, which suffer from external sanctions.
2) Study, analyze and predict the demand for health services in Syria (Latakia) using artificial intelligence models represented by the Facebook profit model.
3) Clarify the social consequences of health cooperation in the Syrian government areas, which suffer from external sanctions.

Study Significance

The importance of the study is based on two basic aspects. Theoretically, the study seeks to analyze a case that has not been adequately focused on by previous studies, which is the study of the health cooperation effects in countries that suffer from complex crises and several sanctions under the increasing demand for services and the high level of poverty. Practically, the study focuses on studying and analyzing the growing demand using artificial intelligence models and clarifying the social implications and effects of health cooperation. Hence, the current study is expected to contribute to supporting health cooperation and avoiding difficulties facing health cooperation in countries that suffer from crises, wars and external sanctions at the same time.

Study Hypotheses

The study adopted several hypotheses, which can be formulated as follows:

First hypothesis: Health cooperation has contributed to achieving high social returns in light of the high demand for health services during the Syrian crisis.

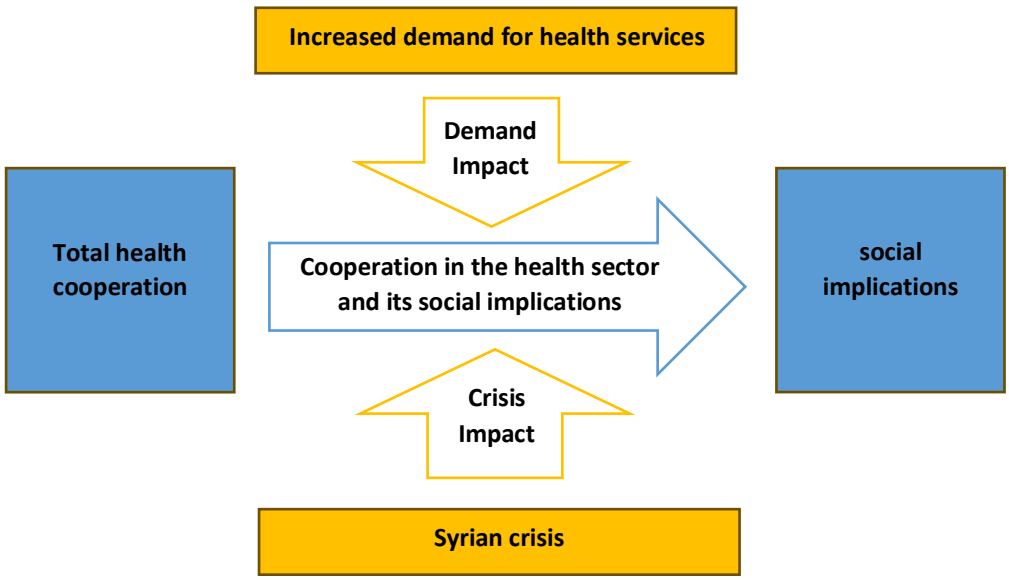
Second hypothesis: The artificial intelligence model that is used to predict the demand for health services is very efficient and credible.

Study Methodology

The descriptive analytical approach was used. Furthermore, data mining and collecting depended on different sources to design the table of demand for health services. The data was also analyzed using artificial intelligence models and the PYTHON program. Meanwhile, the study limits encompassed the Syrian government areas, since getting data is possible, in addition to the economic sanctions imposed by the United States, Europe and many other countries on the Syrian government which increased the health system burden and difficulties and significantly limited international health cooperation.

Study Model:

Figure 1 Study Model Researchers' preparation

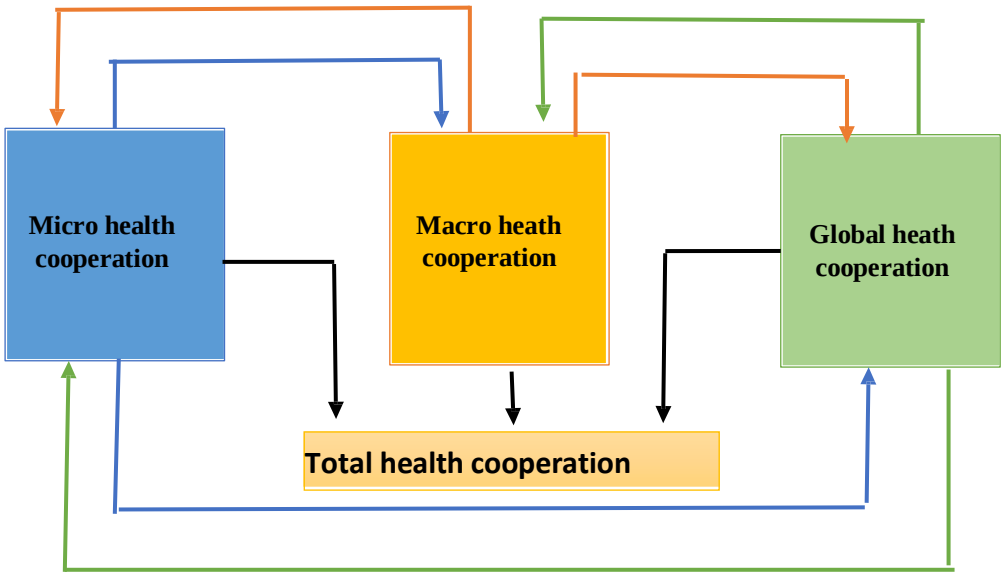


Source:(own research, own editing 2025)

Literature Review

Global cooperation in health matters is old, with more than 70 years of WHO activity. However, international health cooperation in developing countries and conflict zones has no substantive results, which is often affected by political relations. Cooperation in the health sector is constantly growing nowadays after the sequential challenges, particularly the Coronavirus pandemic. However, this cooperation may be national or international. Recently, cooperation between nations in healthcare has become very popular which includes the movement of experts, patients, and equipment between countries for mutual benefits. Nevertheless, many constraints resulted from the COVID-19 pandemic that badly affected international cooperation during several crises, including information scarcity, the collapse of some health systems, and difficulties in crossing the border (Towe, Leviton and colleagues 2016). Comprehensive health cooperation, which includes all forms and levels of health cooperation, can be expressed as follows:

Figure 2: Comprehensive Health Collaboration Network Researchers' preparation



Source: (own research, own editing 2025)

Micro health cooperation

The first micro-network of health cooperation refers to the relationship in the health facility, which is the most important issue for patients. In this context, a great problem emerged during the period of disasters and wars, which is how to treat sick people during the period of natural or health disasters or wars. For example, during the period of the Corona pandemic, there were a lot of difficulties in planning and cooperation, and many hospitals stopped receiving other cases that were not infected with the virus. So, health cooperation and its mechanisms during periods of crises, disasters and wars should be reconsidered. On the other hand, transparency and equality are an important factor in health cooperation to be effective and efficient, since inequality and corruption have become a bad phenomenon spread in third world countries, which affect citizens' rights to equality and justice in getting health services, and hinder any partial health cooperation (Corbin 2016). Working in a team significantly improves health cooperation and helps propose innovative solutions for complicated clinical issues, whereas the multidisciplinary team has more overlapping roles, communication and troubleshooting for the sake of patients, as well as achieving high social impact. The COVID-19 crisis has had a significant impact on health cooperation in hospitals, as the interrelation

between health authorities, patients and their families has been affected. Additionally, the increasing interest in Corona patients has influenced the ability to provide other health services by hospitals. Consequently, in crises, many constraints and difficulties interrupt cooperation (Van, Hu and colleagues 2020).

On the other hand, some studies focused on the role of health cooperation within hospitals in improving health service quality. So, patients' satisfaction is an important indicator of the efficiency of health cooperation and is usually measured by various indicators, such as reliability and response strength.

Various crises affect the cooperation network in health facilities. More precisely, the difficulty of supply, high demand, low quality of services, and the cancellation of many medical services, are a great challenge for hospital management. In this context, a clear problem has emerged embodied many unskilled and inexperienced hospital managers who are unable to face crises. Therefore, ways for health cooperation within hospitals must be studied and improved to develop future strategies to face various crises. (Hartnett, Kite-Powell and DeVies 2020)

Micro health cooperation plays an essential role in healthcare systems. However, there is no doubt that previous experiences during crises and wars indicated that many health systems around the world are weak in dealing with the sudden rise in demand for health services, and so hospital management's ability must be enhanced by activating the role of cooperation during the crisis.

Macro health cooperation

Many studies emphasize the role and importance of local health cooperation in enhancing the provision of health services through interrelation and coordination between the various governmental and non-governmental components of the health system. (Towe, Leviton and colleagues 2016). However, many studies have indicated the role of local health cooperation and its social importance, as individuals' health is usually affected by many factors, such as education policies, economic and social conditions, health care, social insurance, work environment, living standards etc. (Alderwick and Gottlieb 2019). More precisely, the activities of national governments and the coordination with all non-governmental health and humanitarian authorities have a direct impact on the provision of appropriate health services both quantitively and qualitatively. So, cooperation or partnership between several sectors may be a good way for activity coordination to enhance and improve

individuals' health. National and local collaborations have been introduced between all entities to improve health outcomes. Although these experiences are important, the review did not identify any credible evidence that this cooperation improved health. However, evidence for the effectiveness of locally developed partnerships targeting changes in health outcomes and behaviors is needed. Macro (local) health cooperation includes the relationship between different sectors, the coordination of joining local partnerships, the increasing possibility of getting healthcare, the enhancement of disease prevention, and health-enhanced procedures that involve a variety of stakeholders (health insurance, social services, health-related networks, supply chains, patient associations, educational and training bodies, hospitals, health workers, societal associations, patients and their families etc). Accordingly, the local health cooperation network is very complex. Local health cooperation has an important role in achieving social returns and reducing the burden on citizens, but organization and cooperation is necessary between all parties within the complex local health cooperation network. Thus, the disorganization and chaos make the experience unimportant and the desired benefits unachievable. Therefore, plans and strategies must be developed and roles must be organized to make effective health cooperation with good social results.

Global health cooperation

International cooperation has been greatly focused on solving health problems and addressing various challenges interrupting the provision of health services in general, and during crises in particular. Therefore, many international and regional partnerships were held in many fields for health improvement, including common and mutual work between healthcare and social services, wherein this cooperation could be mandatory or voluntary, according to national policy (Mason, Goddard and colleagues 2015). Otherwise, different kinds of cooperation and coordination between many healthcare institutions and international and national bodies and organizations. Moreover, these organizations have international and national cooperation. (Candan,2020) These organizations usually provide organized cooperation between doctors, patients and governments in different countries. The COVID-19 pandemic and the economic tension between the USA and China had a bad impact on countries that require international cooperation and support This cooperation may include vaccine distribution and the development of drugs. Accordingly,

the results confirmed that international relations significantly affect global health cooperation (Anderson, Rainie, Vogels 2021).

However, health security is one of the basic human rights, so this issue has got great attention and concern embodied by cooperation between nations; and this cooperation is crystalized in developing and conflicted countries where this right is absent. Therefore, international health cooperation is embodied in efforts made to face the inequality caused by this pandemic. (Chauhan,2023) This led to suspicion and mistrust in international organizations, including the World Health Organization. The global health cooperation system has insufficient contribution to solving the COVID-19 crisis because conflicts and power-related interests of international relations have harmed the work of international organizations, leading to a decline in confidence in international organizations such as the World Health Organization. So, alternatives must be sought, as similar epidemics or crises may occur in the future. At the same time, international health cooperation was limited and inefficient in the Syrian government areas, wherein many countries took part in the sanctions imposed on the Syrian state by the United States. (Scott,2016)

Health services Demand

Demand for health usually increases during crises, especially medical ones. Moreover, there are many economic determinants for the demand for healthcare services, including the health service cost and the patient's income. Therefore, the demand for health services is influenced by a set of economic and social factors that vary according to the country. There are many factors affecting the demand for health services, which are determined by a set of factors that influence it positively or negatively. However, individuals' demand for health services is related to various other determinants, which are known as social determinants of health. In detail, they are a set of determinants and structural conditions of everyday lifestyle that is responsible for a major part of health disparities between countries and within the same country (Al-Hassan 2011).

These determinants include income level, goods and services, people's living conditions such as the accessibility to health services and health insurance, schools and education, working and leisure conditions, housing, environment, age, number of family members, gender, treatment costs, price of medicines and marital status. etc. (Asaad 2020) The current crisis and war, in addition to the Covid-19 crisis, have a great impact on the increase in health demand for

government hospitals. Moreover, there are other factors for this increase including low per capita income, and hyperinflation. International cooperation was badly affected by the COVID-19 pandemic. However, international cooperation such as the European Union is being criticized for not being able to act properly during the pandemic and meet the high demand for health, as health systems have fully collapsed in countries like Italy.

Syrian crisis and economic sanctions:

Notably, Syria and the USA's political relations are interrupted by several difficulties. Throughout history, the United States has imposed more than 31 sanctions on Syria, the most influential one was after 2011. At the same time, the European Union, Canada, Japan and other countries imposed many political and economic sanctions represented by breaking off diplomatic relations, economic and financial sanctions on Syrian banks, ministries and companies etc. Consequently, these sanctions have greatly affected the social aspect, as inflation rates have risen significantly, in addition to great difficulties in buying medical supplies and medicines, raising social effects. Furthermore, this has been accompanied by a minimized role of many international organizations and many countries' fear of providing medical assistance or dealing with the Syrian government during the period of the Corona pandemic or during the devastating earthquake that struck Syria.

The practical side

Health Cooperation Under Increased Demand During the Syrian Crisis:

Syria suffered from a long war that extended from 2011 till now and included most of the Syrian governorates, but Latakia is one of the few governorates that were not significantly affected by the war. Accordingly, this led to a large displacement from many governorates to the Latakia governorate since it is safer than others. However, in 2010, Latakia's population was approximately one million (1,054,000) evenly distributed between the countryside and the city, while from 2013 to 2023 the number doubled four times. The governorate includes 26 hospitals, 9 public hospitals, and 17 private hospitals with a bed capacity of 2038 beds, 1670 beds are in public hospitals **(**Asaad and Mahmod 2016**)**

First: Health demand for services in public hospitals:

The data in the Syrian Statistical Collection and the data of the Latakia Health Directorate were mined, designed, and aggregated in a time series representing the demand for health services provided in Latakia public hospitals between 2000-2023, for analyzing and predicting them.

Table 1: Demand for public health services in Latakia from 2000 to 2023

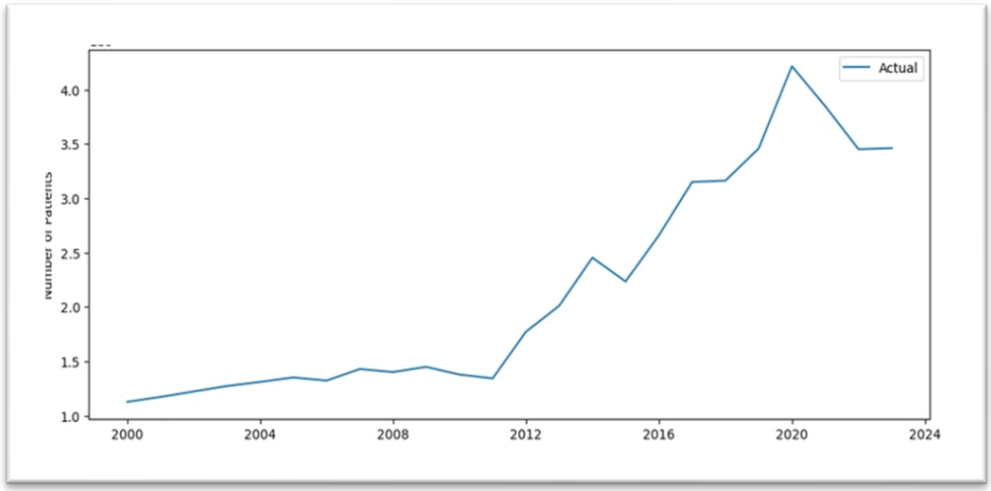
Diet	Demand for health services
2000	1127893
2001	1173498
2002	1223489
2003	1273342
2004	1311314
2005	1352282
2006	1323434
2007	1429776
2008	1401838
2009	1449479
2010	1378795
2011	1343672
2012	1771912
2013	2011132
2014	2453345
2015	2234500
2016	2657125
2017	3150442
2018	3162412
2019	3457814
2020	4215102
2021	3846715
2022	3451545
2023	3461524

Source: (Syrian Ministry of Health, Statistics 2001-2024, own editing 2025)

According to the previous table, a proportionate increase in demand for public health services between 2000-2011, and this increase began to rise

significantly between 2012-2021, and then decreased slightly between 2021-2023.

Figure 3: High health demand in Latakia.



Source: (own research, own editing 2025)

The previous figure indicates a significant increase in health demand between the years 2000-2021, due to several reasons, the most important one is the increasing displacement from other governorates under military operations, particularly from Aleppo to Latakia, where the population quadrupled from 1,050,000 to 4,320,000 leading to a significant increase in the demand for hospitals. Additionally, this was accompanied by a high level of poverty, increasing the demand for public services more than the private sector. The increasing demand for health between 2019-2021 is due to the Corona pandemic crisis, whereas this demand decreased slightly in 2021-2023 due to the control of the COVID-19 pandemic, in addition to the return of some displaced people to their cities.

Actually, this great demand has increased the economic and social burden on the Syrian state, which suffers from sanctions and economic problems. Therefore, the need for health cooperation has become urgent, as the crisis and the high demand for public services have affected the state's ability to provide free treatment for all under this limited ability. This, in turn, increased the negative social effects and many diseases spread, where many patients, especially cancer patients, suffered from the lack of public and personal capabilities to provide chemical doses. Thus, the government resorted to

pricing many services in public hospitals, rising citizens' burden who were unable to be treated outside those hospitals.

On the other hand, the consequences are several and great including a low number of experienced doctors who traveled abroad, the low quality of health services provided in public hospitals, the spread of corruption and nepotism, and the inability to access health services.

Accordingly, the role of health cooperation under high demand during the Syrian crisis and its social effects and consequences are as follows:

Micro health cooperation in Syria and Social impact

The high demand and the decreased number of health staff have significantly affected relation networks and cooperation in public hospitals, which have limited capacity and low financial capabilities, in addition to the difficulty of supply, high costs, the fuel crisis, and old medical equipment. Despite the efforts made by hospital management, the quality of services has declined significantly **(**Asaad and Mahmod 2016**)**. At the same time, the beneficiaries' satisfaction with the services has declined, with the result that medical errors increased due to lack of experience and good diagnosis, as well as corruption and nepotism in arranging and ordering patients' rights to medication, and the breakdown of devices and lack of maintenance. There has been no effective health cooperation in hospitals, despite many medical staff being kind to patients, but this empathy is insufficient to have healthy cooperation without proper planning and organization. On the other hand, the high health demand led to low-quality services, and the government gradually resorted to pricing many services, wherein the great pressure awakened the medical staff's response. Moreover, this led to low levels of reliability, tangibility, and safety as well, and what made the matter worse was the spread of the coronavirus pandemic and the isolation of large sections of hospitals, leading to a large number of individuals who were unable to be treated and hospitalized. Therefore, partial health cooperation was bad because of several factors mentioned above. With the growing future demand, things are expected to get worse, so appropriate plans and strategies must be developed to enhance the level of cooperation.

All previous factors have a negative impact on citizens' social affairs, generating a feeling of the inability to have public or private medication under current circumstances. Consequently, lots of people resort to pharmacies to buy medicines with no medical test. Thus, a new phenomenon has emerged

which is the pharmacist who plays the role of a doctor by prescribing medicines and examining patients with neither experience nor specialization.

Macro health cooperation in Syria and Social impact

The Syrian health system is unorganized and has a lot of nepotism. During the crisis, health and humanitarian charities and associations have increased, which have been accused of corruption (Asaad and Mohamad 2018a). However, the results of macro health cooperation were no better than the partial one, the free treatment was limited and the level of poverty was high. All these made the health system have a limited ability to meet the high demand for services, and the state was unable to provide medication. Meanwhile, insurance companies tried to evade their obligations, and governmental services were unaffordable for people. Additionally, the associations' assistance was restricted to cover only a very small part of the citizens' needs. (Asaad and Mohamad 2018b) In fact, the war has had bad effects on the health system in Syria, having it restricted, in addition to the weak and inexperienced public health cadres in managing the crisis, with the absent role of the Ministry of Health and related unions. Furthermore, the rapid spread of corruption and exploitation made the situation worse, and this in turn led to the increase of social suffering and a significant decrease in social health indicators as well as the spread of diseases and epidemics again.

Global health cooperation in Syria and Social impact

As mentioned above, the United States, European countries and many other countries have imposed economic and political sanctions on the Syrian government, which affected the economic situation, and the relationship between the Syrian government and other countries, organizations and agencies around the world. Here, two cases can be distinguished:

1) **Regional health cooperation:** The Syrian government has not received any kind of health cooperation from the regional and neighboring countries, except in 2023 when an earthquake hit the country, where countries such as Jordan, Iraq and the UAE offered limited aid for the government. Nevertheless, during the crisis period, only Iran provided some health cooperation through some of its health centers and hospitals in Syria which have limited capabilities.

2) **International health cooperation:** The World Health Organization's work was limited and restricted in Syria, in addition to the inability of the Red

Crescent Organization to provide health services or meet the health demand through its centers, except for a few numbers of individuals. At the same time, other organizations such as Doctors Without Borders or others were not active in Syria, and even Syria's allies such as China or Russia have no health cooperation with the Syrian government, except during the coronavirus pandemic period, they tend to provide limited quantities of vaccine.

In the same vein, the overstrung political relations affected the global health cooperation (regional, international) in Syria, as any significant change in the ability of the health system was not noticed, but the collapse was clear and growing day by day. Although health cooperation in asylum countries including Lebanon, Turkey, and Jordan was better, where many health organizations, agencies and projects supported by Western countries were active, the reality was different in the Syrian government areas.

Some social health indicators deteriorated during the period of the Syrian crisis, which indicates weak health cooperation (micro, macro, global) as shown in the following table:

Table 2: The Change of Social Health Indicators during the Syrian Crisis

Indicator	Life expectancy at birth in years		Under-five mortality rate for 1,000 live births		Under-five mortality rate for 1,000 live births		Population for each bed in the hospital		Tuberculosis		Polio	
Year	2010	2023	2010	2023	2010	2023	2010	2023	2010	2019	2010	2018
Number	72	58	17	462	151	1147	484	1939	0	1785	0	1487

Source: (Syrian Ministry of Health, Statistics 2011-2019, own editing2025)

According to the previous table, the following can be seen:

1. The hospital capacity decreased. Based on statistics from 2010, the inhabitants' number per bed was 484, while in 2023 the number became 1939.
2. A significant decrease in medical staff from 669 citizens per doctor in 2010 to 8,028 in 2023.
3. The under-five mortality rate rose from 17 per 10,000 live births to 462.
4. The under-five mortality rate rose from 17 per 10,000 live births to 462.
5. The respread of some epidemics in Syria after it was free of them, such as tuberculosis, cholera, polio, hepatitis etc.

In fact, the significant decline in health systems' social indicators is evidence of the inefficiency of the various forms of health cooperation during the 13-year Syrian crisis.

Accordingly, the first hypothesis, states that health cooperation has not contributed to achieving high social returns under the high demand for health services during the Syrian crisis. However, the results confirmed that health cooperation was weak in Syria during the crisis and the demand was high, which did not reduce the social burden on citizens.

Second: Facebook prophet model

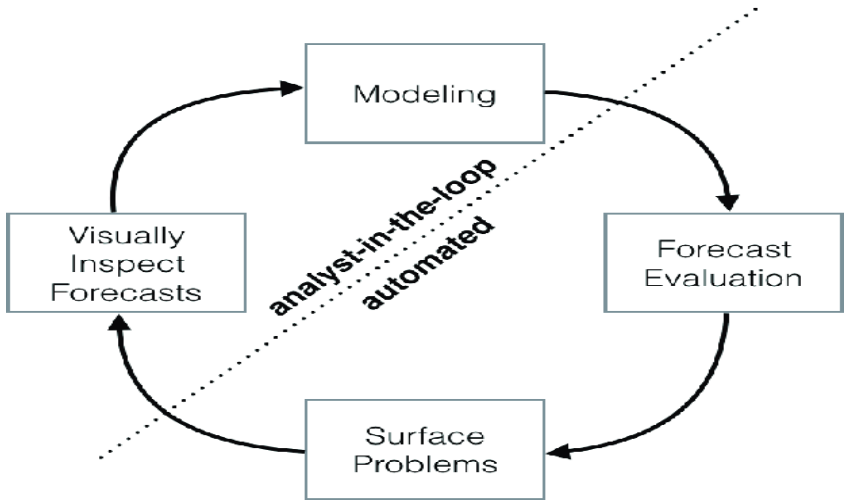
A lot of studies have been conducted on forecasting the demand and supply of health services using Artificial Intelligence (AI) models recently. However, studies confirmed the importance of multiple artificial intelligence models (ARIMA-LSTM-Fuzzy logic- Facebook prophet model) in forecasting, because of their impact on developing health strategies and plans and activating different types of health cooperation (Asaad and Mohamad 2018). The "**prophet**" model is an open-source tool that predicts time series. This model can deal with short-term time series in addition to seasonal patterns and long-term trends. Furthermore, the "Prophet" model relies on an additional model that can accommodate nonlinear changes in data, making it suitable for practical applications such as weather forecasting, stock prices, and medical data. The model also provides tools for dealing with missing data and odd values, as well as its ability to provide accurate estimates even if data is limited.

Facebook Prophet operates in three main phases. First, the preprocessing phase consists of data cleaning and preparation. The tool automatically deals with missing values, oddities, and odd values. Therefore, users can focus on understanding the time series, rather than performing these tasks manually. Then, modeling takes into account trend and seasonality to estimate the components related to each time note. So, preprocessing data is necessary to minimize this impact. However, the Python library can provide accurate forecasts. In the healthcare sector, the tool can be used to predict time series of medical data. This includes, for example, hospital admissions, medical consultations and infection rates. This model is expressed by the following equation:

$$y(t) = g(t) + s(t) + h(t) + \varepsilon t$$

The model is expressed by the following flowchart: (Jalalpour, Gel and Levin 2015).

Figure 4: Prophet model implementation flowchart Third: Analysis of the model credibility and accuracy



Source: (Jalalpour, Gel and Levin 2015, own editing 2025)

The selected model must be highly credible and accurate by using many measures. Although there are several measures, only two measures were used in the study, which are:

1) **MAPE Scale:** Mean Average Percentage Error (MAPE) scale is used to assess model accuracy. MAPE is calculated by taking the differences' average absolute values between the actual values and the expected ones. More precisely, the average absolute percentage error measures the average error volume caused by a model, or the extent of expectation deviation from the average. Moreover, the MAPE value should not exceed 20%, so the lower it is, the more accurate and credible the model is. It is expressed by the following equation:(Satrioa et la, 2021)

$$\text{MAPE} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} \left| \frac{Y_i - F_i}{Y_i} \right| \times 100$$

2) **RMSE scale:** RMSE stands for Root Mean Square Error. It is another commonly used measure to evaluate the performance of the machine learning model, particularly in regression tasks. RMSE is derived from MSE and shares the same concept of measuring the average difference between expected and actual values. So, when the scale value is less than 1, this indicates that the model selection is credible and accurate and the training process is adequate (Sato 2013).

$$\text{RMSE} = \sqrt{MSE}$$

$$RMSE = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{N} \|y(i) - \hat{y}(i)\|^2}{N}},$$

To calculate RMSE, we calculate the residual (the difference between prediction and fact) for each data point, calculate the residual criterion for each data point, calculate the residual average and calculate the square root of that mean. RMSE is typically used in supervised learning applications, where RMSE is used and needs real measurements at each expected data point.
After data entry for Python, the two measures' results were as follows:

Table 3: Facebook prophet's error metrics values

Error Metric	PROPHET
MAPE	4.67%
RMSI	0.870

Source: (Bai,2023, own editing 2025)

Accordingly, it is clear that the chosen model was highly accurate and credible in predicting short time series because the values of the MAPE and RMSE scales were good.

Comparison between the actual data and the predicted one

After the model credibility was confirmed by artificial intelligence measures, the efficiency was also confirmed by comparing the known values and the predicted ones through predicting the data values of the health demand for the years (2020-2021-2022-2023) and comparing them with the predicted values to show the model's efficiency degree and the rates of data convergence.
All the data was taken with no division into training and testing data, because the time series is short and consists of only 23 years. In addition, the data contains no apparent seasonal pattern, and it takes a clear upward trend. However, these adjustments were applied to the basic model to get optimal results, as shown in the following programming code.



Source: (own resercher, own editing 2025)

An additive seasonal pattern was used, where any seasonal trend was added by summation. Then all yearly, monthly and daily seasonal cases were disabled because the data does not contain any seasonal fluctuations. After that, the model sensitivity was increased to 0.5 to rise its sensitivity to sudden large changes.

The results of the model application were as follows:

Table 4: Prophet Model Prediction Results

	Efficiency ratio %	Number of patients	Prophet predict		
			yhat	yhat_lower	yhat_upper
2020	83.31	4215102	3511986	3256286	3742996
2021	93.67	3846715	3603598	3348172	3869319
2022	96.91	3451545	3344960	3446492	3431475
2023	96.96	3461524	3356322	3516586	4035047

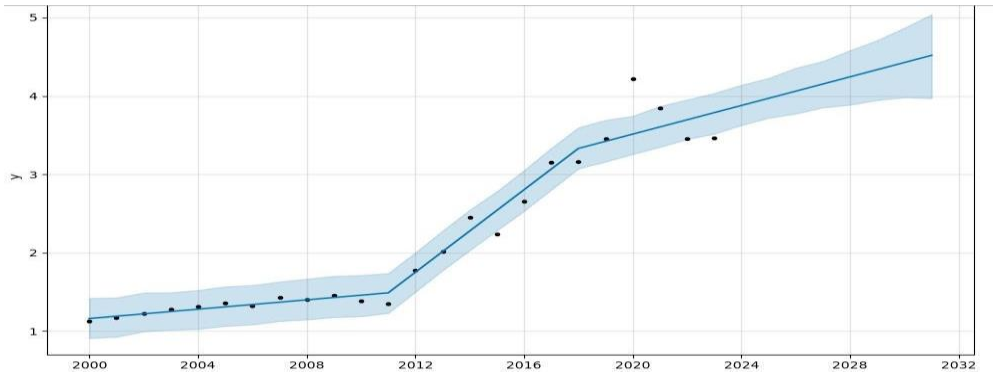
Source: (own resercher, own editing 2025)

yhat: expected value of patients' number by the Prophet model
yhat_lower: the minimum expected range (lower confidence interval).
yhat_upper: the maximum expected range (upper confidence interval).

The achieved efficiency rate was high in the first year, 2020, reaching to 83.31. Then, It began to rise in the three years up to 93%, reaching to 96.96% in the last year, which is a very high percentage indicating high efficiency of model application.

The Profit model is predicted as a domain between upper and bottom values.

Figure 5: Original data, prediction domain, and predicted values using Prophet



Source: (own resercher, own editing 2025)

Where the black dots refer to the real values, the shaded field is the expectation range between the maximum and minimum limit, and the blue line is the expected values.

Accordingly, the second hypothesis, which states: The artificial intelligence model applying in forecasting the demand for health services is highly efficient and credible, as the previous values proved that the selection of the artificial intelligence model (Prophet) was proper in predicting the demand for health services.

Predicting future health demand

After confirming the model's validity and credibility, the future health demand in Syria was predicted for five years, and the results were as follows:

Table 5: Health Demand Forecasting to 2028

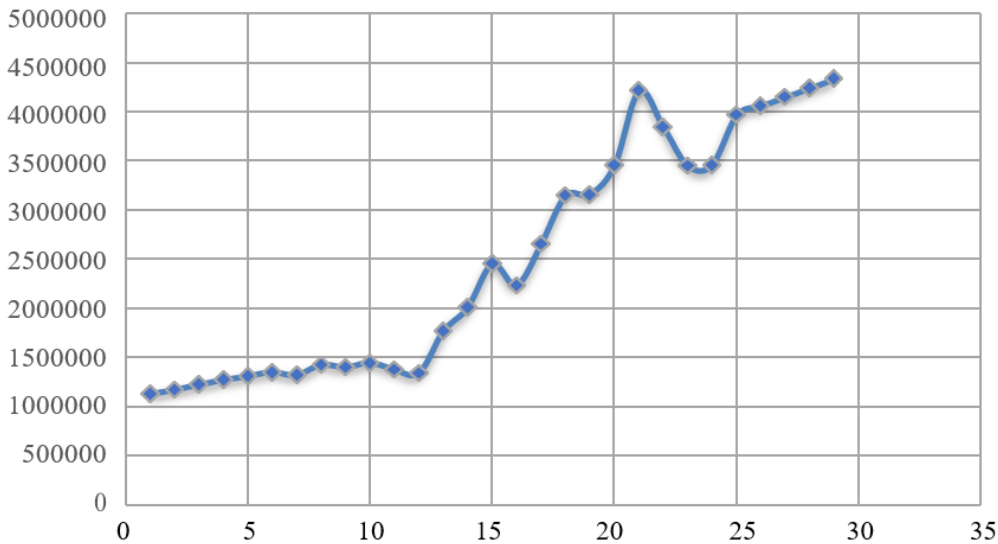
Year	Forecast		
	PROPHRT		
	yhat	yhat_lower	yhat_upper
2024	3969047	3719022	4226142
2025	4060409	3772919	4356063
2026	4151771	3851445	4442951
2027	4243133	3885677	4580722
2028	4334746	3945283	4709333

Source:(own resercher, own editing 2025)

According to the previous table, the value of YHAT is the predicted values of the demand for health services, and the predicted demand between the years

2023-2028 increased by 20.15. Therefore, it is necessary to plan well and develop appropriate strategies to meet the high demand for health services, as well as rely on the concepts and mechanisms of health cooperation in order to achieve appropriate health social indicators.

Figure 6: Forecasting future demand using Prophet



Source: (own resercher, own editing 2025)

The demand for health services provided in public hospitals is expected to increase significantly. However, because of the permanent bad economic situation, there is an urgent need for effective international and national health cooperation, since the negative social effects are high and people are unable to afford medication cost.

Study Findings

After conducting data analysis and discussing the health situation in Syria, the study has the following results:

1) The economic sanctions imposed on the Syrian government during the current war have great impacts on the economic situation in general, and on the health sector in particular, which led to weak health system.
2) The demand for health services provided in Latakia public hospitals has significantly increased due to displacement, in addition to high rates of poverty.
3) Hospital managers are unexperienced and unskilled, accompanied with

corruption and nepotism. So, this led to the lack of effective partial health cooperation.

4) The various parts of the Syrian health system are unorganized, accompanied with the country's weak capabilities, which has led to the absence of effective total health cooperation in Syria.
5) Global health cooperation (regional and international) was restricted and ineffective during the Syrian crisis, due to the American pressure on countries.
6) The Syrian crisis and the high demand for government health services led to negative social effects that were illustrated by a set of indicators, wherein different forms of health cooperation were unable to change the difficult social reality.
7) Artificial intelligence models are highly efficient and credible in forecasting health demand, which contributes to the development of future plans and strategies further.

Recommendations

1) Enhancing hospital managers' abilities and skills for optimal exploitation of resources and avoiding waste and nepotism, and the activation of the partial health cooperation network. So, this can be done through training.
2) Redesigning the Syrian health system, by organizing the work of all governmental and non- governmental agencies, and making consultations with external experts who are able of designing an effective holistic cooperation network that contributes to reducing corruption and providing accepted health services.
3) Focus should be done on resolving political disagreements and health needs, so it is necessary to make pressure on governments through health organizations and bodies.
4) Relying on the results of forecasting the demand for health services in developing future health plans and strategies.

Conclusion

Despite health cooperation is important and has positive results in many global situations, disasters and crises, until now the vision is still unclear in its final form since there is effective health cooperation worldwide. However, the matter went beyond since many researchers confirmed the need for alternative

health systems to the World Health Organization that is subject to major powers' influence. In this context, the Syrian crisis and the earlies crises in many countries such as Iraq, the northern Korea and others demonstrated the negative political role in establishing effective and international health cooperation system. On the other hand, most countries suffering from crises have significantly increased the health demand for public services, resulting in the complete collapse of health systems. Therefore, it is necessary to focus on the role and importance of an effective model of international health cooperation, wherein the proposed model can be considered a stepping stone that needs to be developed since it concentrates on three main pillars of health cooperation. Finally, the efficiency and effectiveness of health systems are measured by the achieved social health indicators, as health systems that are unable to activate the concepts of health cooperation for various reasons will lead to negative health effects that can be minimized by applying health cooperation if implemented properly.

References

1. Abbara, A.; Marzouk, M.; Mkhalalati, H. (2021). Health system fragmentation and the Syrian conflict. In: Handbook of Health Inequality in the Middle East.2-66.

2. Al-Hassan, T. (2011). Storage and supply management based on the determinants of demand for health services, a field study in public and private sector hospitals in Damascus. *Damascus University Journal of Economic and Legal Sciences*, 27(3): 211–213.

3. Alderwick, H.; Gottlieb, L.G. (2019). Meanings and misunderstandings: social determinants of health lexicon for health care systems. *Milbank Q.*, 97(2): 407–419.

4. Anderson, J.; Rainie, L.; Vogels, E.A. (2021). Experts say the 'New Normal' in 2025 will be far more tech-driven, presenting more big challenges. *Pew Research Center*, Washington, DC.11(3),211-239.

5. Asaad, B. (2020). The impact of COVID-19 on the demand of health services in Syria (analytical study in Latakia). *World Academics Journal of Management*, 8(2).1-22.

6. Asaad, B.; Mahmod, H. (2016). Measuring the quality of health service in Latakia Province (failed study of health centers in Jahble city). *Journal of Social Economics Research*, 3(4).55-78.

7. Asaad, B.; Mohamad, O. (2018a). Comprehensive compulsory health insurance as a strategic option in the future health development process. *Damascus University Journal of Economic Sciences*, 40(4).1-20

8. Asaad, B.; Mohamad, O. (2018b). Proposed model for measuring health service development indicators (a study of indicators of health service development in Syria). *Damascus University Journal of Economic Sciences*, 40(1).1-20.

9. Bai, L.; Lu, K.; Dong, Y.; Wang, X.; Gong, Y.; Xiaoyu, X.; … Li, C. (2023). Predicting monthly hospital outpatient visits based on meteorological environmental factors using ARIMA model. *Scientific Reports*, 13: 2691.2711.

10. Kendir C, Breton E, Le Bodo Y, Bourgueil Y. (2020) Collaboration of primary care and public health at the local level: observational descriptive study of French local health contracts. Primary Health Care Research & Development 21(e61): 1–11. doi: 10.1017/ S1463423620000559

11. Chauhan, A.S.; Singh, K.; Bhatia, R.; Khetrapal, S.; Naskar, A. The Health System's Response to and the Impact of COVID-19 on Health Services, Providers, and Seekers: A Rapid Review in the Wake of the Pandemic. COVID 2023, 3, 1106–1157. https://doi.org/10.3390/ covid3080081

12. Corbin, J.H.; Jones, J.; Barry, M.M. (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1): 4–26.

13. Guppy, J.H.; Widlund, H.; Munro, R.; Price, J. (2023). Incivility in healthcare: The impact of poor communication. UK: Department of Medical Education, Brighton & Sussex Medical School.BMJ Lead 18;8(1):83-87.,doi: 10.1136/leader-2022-000717.

14. Hartnett, K.P.; Kite-Powell, A.; DeVies, J. (2020). National syndromic surveillance program: Impact of COVID-19 on emergency department visits in the United States. *MMWR*, 69: 699–704.

15. Heenan, D. (2021). Cross-Border Cooperation Health in Ireland. *Irish Studies in International Affairs*, 32(2): 117–136.

16. Jalalpour, M.; Gel, Y.; Levin, S. (2015). Forecasting demand for health services: Development of a publicly available toolbox. *Operations Research for Health Care*, 5: 1–9.

17. Jolanki, O.; Tynkkynen, L.-K.K.; Sinervo, T. (2017). Professionals' Views on Integrated Care. *Journal of Integrated Care*, 25(4): 247–255.

18. Kherallah, M.; Sahloul, Z.; Dia, E.K.; Jamil, G. (2021). Health care in Syria before and during the crisis. *Jul–Sep*, 2(3): 51–53.Avicenna J Med;2(3):51-53. doi: 10.4103/2231-0770.102275.

19. Kim, Y.; Park, Y. (2022). International Health Cooperation in the Post-Pandemic Era. *Social Sciences*, 11(6): 259.274.

20. Mason, A.; Goddard, M.; Weatherly, H.; Chalkley, M. (2015). Integrating funds for health and social care: An evidence review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 20(3): 177–188.

21. Moßhammer, D.; Michaelis, M.; Mehne, J.; Wilm, S.; Rieger, M.A. (2016). General Practitioners' and Occupational Health Physicians' Views on Their Cooperation. *Int Arch Occup Environ Health*, 89: 449–459.

22. Morley, L.; Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(4): 207–216.

23. Orchard, C.A.; King, G.A.; Khalili, H.; Bezzina, M.B. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS). *J Contin Educ Health Prof*, 32(1): 58–67.

24. Propp, K.M.; Apker, J.; Zabava Ford, W.S.; Wallace, N.; Serbenski, M.; Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team. *Qual Health Res*, 20(1): 15–28.

25. Roussos, S.T.; Fawcett, S. (2000). A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. *Annu Rev Public Health*, 21: 369–401.

26. Sato, R.C. (2013). Disease management with ARIMA model and PROPHET model in time series. São José dos Campos, Brazil.11(1):128-139. doi: 10.1590/s1679-45082013000100024.

27. Satrioa, C.B.A.; Darmawana, W.; Bellatasya Unrica, N.; Hanafiah, N. (2021). Time series analysis and forecasting of coronavirus disease in Indonesia using ARIMA and PROPHET. *Procedia Computer Science*, 179: 524–532.

28. Scott, C.M.; Thurston, W.E.; Towe, V.L.; Leviton, L.; Chandra, A.; Sloan, J.C.; Tait, M.; Orleans, T. (2016). Cross-sector collaborations and partnerships. *Health Affairs*, 35(11): 1964–1969.

29. Syrian Ministry of Health (2001–2024): Health Statistics 2001–2024, https://www.govserv.org/SY/Damascus/311933776130612. Letöltés: 2025. október 9.

30. Syrian Ministry of Health (2011–2019): Health Statistics 2011–2019, https://www.govserv.org/SY/Damascus/311933776130612. Letöltés: 2025. október 9.

31. Syrian Ministry of Health (2024–2028): Forecasting Health Statistics 2024–2028, https://www.govserv.org/SY/Damascus/311933776130612. Letöltés: 2025. október 9.

32.Syria Public Health Network, 2020, https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/health-sector-syria-health-sector-bulletin-february-2025

32.Taleb, Z.B.; Bahelah, R.; Fouad, F.M.; Coutts, A.; Wilcox, M.; Maziak, W. (2015). Syria: health in a country undergoing tragic transition. *Int J Public Health*, 60(Suppl 1): S63–S72.

33.Towe, V.L.; Leviton, L.; Chandra, A.; Sloan, J.C.; Tait, M.; Orleans, T. (2016). Cross-sector collaborations and partnerships: essential ingredients to shape health and well-being. *Health Affairs*, 35(11): 1964–1969.

34. UNHCR 2018, https://www.unhcr.org/media/unhcr-global-report-2018

35.Van, J.; Hu, K.; Li, X.; Jiang, Y.; Zhou, X.; Gou, X.; Li, X. (2020). A qualitative study of the vocational and psychological perceptions of transdisciplinary nurses during COVID-19. Aging (Albany NY).Jul 3;12(13):12479–12492. doi: 10.18632/aging.103533

36.Yatim, F.; Sebai, J. (2021). Inter-organizational cooperation in the health sector. *Gestion et management public*, 9(3): 47–66.

A tanulmányi célú migráció gazdasági és oktatási dimenziói: Elméleti keretek és társadalmi hatások

Páll Andrea[1], R. Fedor Anita[2]

[1]ügyvivő-szakértő, hallgató, DE ETK, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.,
[2]általános és tudományos dékánhelyettes, intézetigazgató, egyetemi tanár, DE ETK Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.,
ORCID: 0000-0002-7837-7006

INFO

Páll Andrea
pall.andrea@etk.unideb.hu

Keywords
study migration,
student mobility,
legal frameworks,
international organizations,
theoretical models

ABSTRACT

This study examines the multifaceted phenomenon of migration, study migration, with a particular focus on its conceptual, statistical, legal, and organizational aspects. According to the latest UNESCO data, international student mobility has shown dynamic growth, exceeding 6,4 million individuals in 2021. The theoretical foundations include Everett Lee's push-pull model and the human capital theory, which analyze the economic drivers of migration. The legal background is based on the Geneva Convention, Schengen Area regulations, and European Union directives, which ensure the regulation of migration processes and the protection of migrants' rights. The study also highlights the roles of UNHCR, IOM, and EUAA, which work to enhance the transparency and safety of migration. Through personal examples, the research sheds light on students' migration experiences, emphasizing challenges and opportunities related to integration and adaptation to academic environments.

Kulcsszavak
tanulmányi migráció,
hallgatói mobilitás,
jogi keretek,
nemzetközi szervezetek,
elméleti modellek

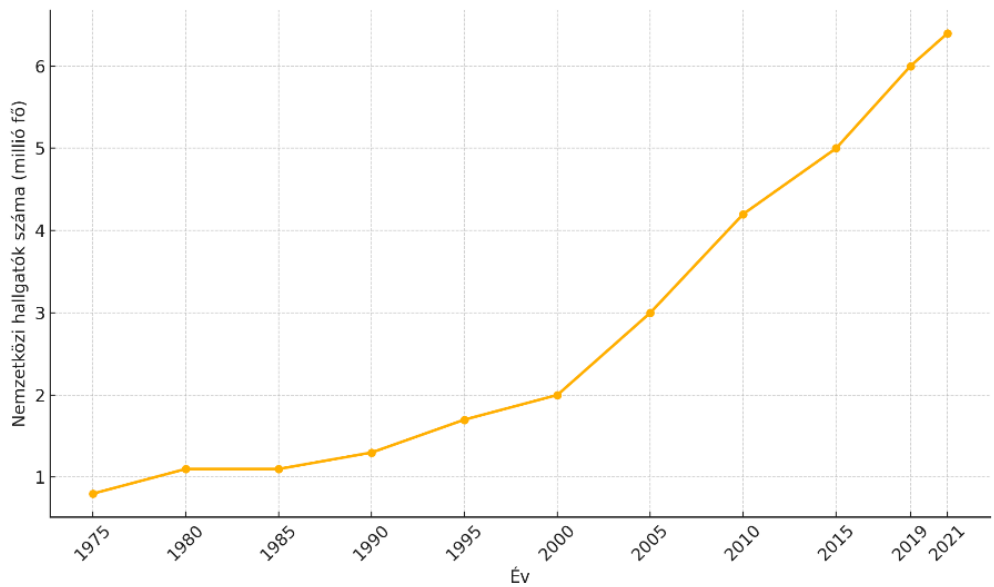
A dolgozat a migráció, tanulmányi célú migráció összetett jelenségét vizsgálja, különös figyelmet fordítva annak fogalmi, statisztikai, jogi és szervezeti vonatkozásaira. Az UNESCO legfrissebb adatai szerint a nemzetközi hallgatói mobilitás dinamikus növekedést mutat, 2021-ben meghaladva a 6,4 millió főt. A kutatás elméleti alapjai között szerepel Everett Lee toló-húzó modellje és a humántőke-elmélet, amelyek a migráció gazdasági mozgatórugóit elemzik. A jogi háttér vonatkozásában a Genfi Egyezmény, a schengeni térség szabályai és az Európai Unió irányelvei biztosítják a migráció folyamatainak szabályozottságát, valamint a migránsok jogainak védelmét. A dolgozat bemutatja továbbá az UNHCR, az IOM és az EUAA szerepét, amelyek jelentős tevékenységeket folytatnak a migráció biztonságának és átláthatóságának megteremtése érdekében. Személyes példákon keresztül a kutatás rávilágít a hallgatók migrációs tapasztalataira is, kiemelve a beilleszkedéssel és a tanulmányi környezethez való alkalmazkodással kapcsolatos kihívásokat és lehetőségeket.

Bevezetés, témafelvetés

A migráció, mint társadalmi jelenség, az emberi történelem szerves része, amely az évszázadok során különböző formákban alakította a társadalmak fejlődését (Görbe 2014). Napjainkban a folyamat mértéke és formái új dimenziókat értek el, így a 21. századot joggal nevezhetjük „a migránsok évszázadának is” (Altner 2006).

A jelenség egyik különösen fontos típusa a tanulmányi célú mobilitás, amely az oktatási rendszerek globális integrációjának egyik alapvető mozgatórugójává vált. Az UNESCO statisztikai adatai szerint 2019-ben a nemzetközi hallgatók száma elérte a 6 millió főt, míg 2021-ben meghaladta a 6,4 milliót (1. ábra). Ez több mint háromszorosa a 2000-es évek elején mért adatoknak, ami rávilágít a tanulmányi célú migráció dinamikus növekedésére (http 1).

1. ábra: Nemzetközi hallgatók számának alakulása (1975 – 2021)



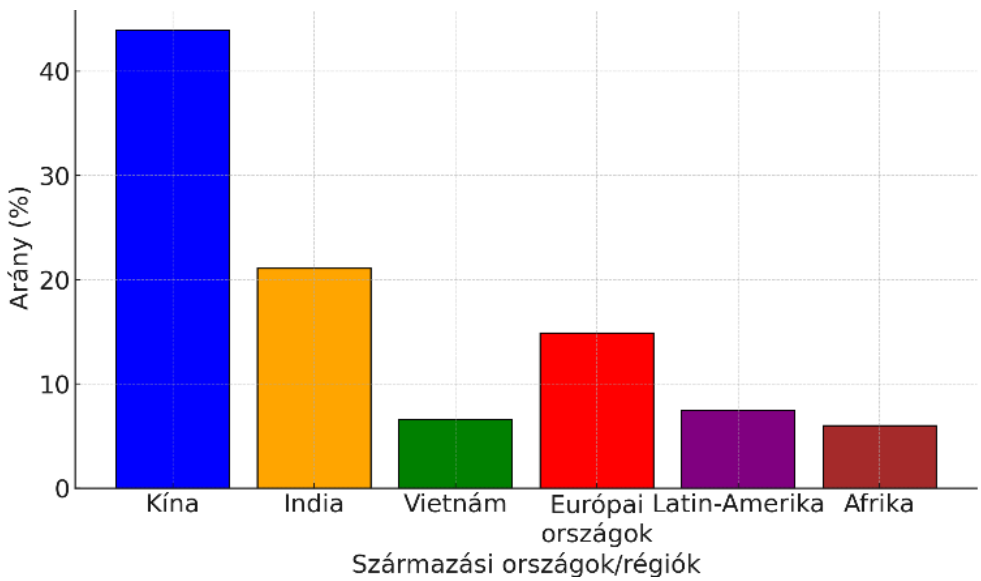
Forrás: Saját szerkesztés, Unesco adatbázis

Az OECD (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) jelentései megerősítik ezt a tendenciát: 2021-ben a szervezet tagországaiban összesen 4,3 millió nemzetközi hallgató vett részt felsőoktatásban. Ezeknek a hallgatóknak közel fele (2,1 millió) valamely európai országban tanult. Az Egyesült Államok az összes nemzetközi hallgató 20%-át fogadta, az Egyesült Királyság

14%-át, míg Ausztrália 9%-át. Az angol nyelvű országokon kívül Németország és Franciaország is kiemelkedő célpontokként szerepeltek (http 2).

A hallgatók származási régióit tekintve Ázsia dominanciája figyelhető meg. Az OECD-országok nemzetközi hallgatóinak 60%-a ázsiai származású, legnagyobb arányban Kínából és Indiából érkeztek (2. ábra). Ez a növekedés különösen az európai OECD-országokban erős, ugyanakkor az európai hallgatók aránya csökkent, míg bizonyos országokban, például Franciaországban, Latin-Amerika és Afrika már fontos származási régióként jelenik meg.

2. ábra: Nemzetközi hallgatók fő származási országai az OECD-országokban (2021)

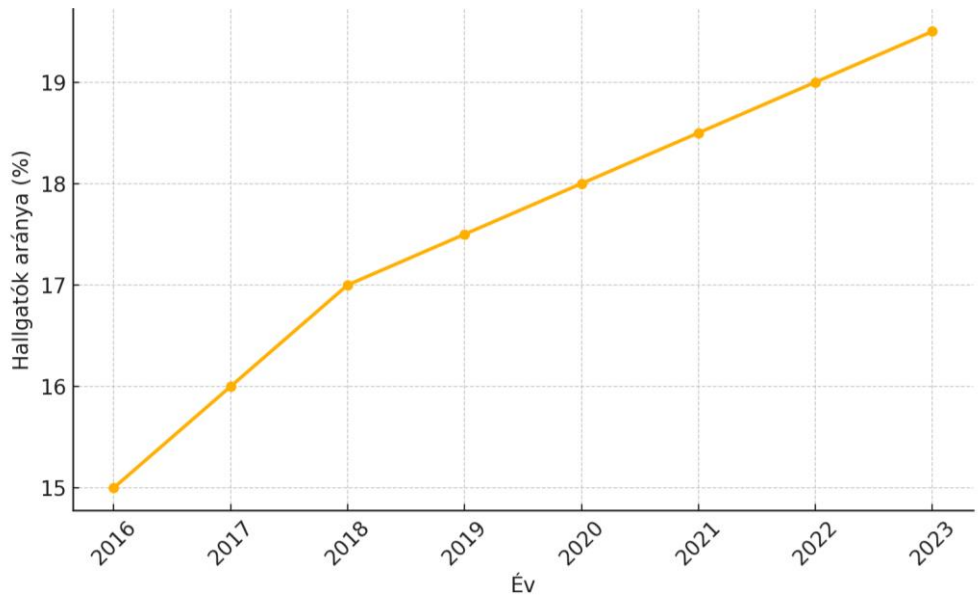


Forrás: Saját szerkesztés, OECD 2023 Report

Magyarország számára a tanulmányi célú migráció szintén stratégiai jelentőséggel bír. 2021-ben a magyar felsőoktatásban részt vevő hallgatók 13%-a nemzetközi diák volt. A mesterképzéseken ez az arány 21%-ra, míg a doktori képzéseken 28%-ra emelkedett, ami az ország nemzetközi vonzerejét és felsőoktatási programjainak színvonalát tükrözi (Erdélyi, 2023). Az ösztöndíjprogramok, mint a Stipendium Hungaricum, a Campus Mundi vagy a Diaszpóra Program, kulcsszerepet játszanak ebben a folyamatban. Nemcsak növelik Magyarország nemzetközi láthatóságát, hanem hozzájárulnak az ország globális versenyképességéhez is, hiszen vonzóvá teszik a magyar egyetemeket a külföldi hallgatók számára (Tempus Közalapítvány). Az elmúlt

években folyamatosan emelkedett is hazánkban a külföldi hallgatók száma: míg 2015-ben 23 ezer külföldi diák tanult Magyarországon, a KSH adatai szerint ez a szám 2024/25-re meghaladja a 43 ezer főt (3. ábra).

3. ábra Külföldi hallgatók aránya a magyar felsőoktatásban (2016-2023)



Forrás: Saját szerkesztés, KSH STADAT-táblák

Ez a növekedés rávilágít a jelenség mélyebb társadalmi és gazdasági hatásaira. Az egyéni fejlődési lehetőségek mellett a fogadó országok gazdasági, kulturális és oktatási rendszerei is jelentősen profitálnak a folyamatból (Böcskei, Bács és munkatársai 2019). Nem véletlen, hogy a fejlett országok kiemelt céljává vált a nemzetközi hallgatói bázis növelése, ezért az országok – és az adott országokban működő egyetemek – lényegében versengenek egymással a külföldi hallgatók megnyeréséért (Knight 2011; Sheng-Ju 2012; Wilkins és munkatársai 2012; idézi.Császár, Teperics és munkatársai 2021).

A dolgozat célja ennek a dinamikának a részletes elemzése, különös tekintettel a tanulmányi célú migráció elméleti, jogi kereteire, motivációira, trendjeire és hatásaira.

Fogalmi háttér

A „migráció” szó a latin „migratio” szóból származik, ami lakóhelyváltoztatást, vándorlást jelent. Összetett jelenség, amely számos tudományterületet érint, többek között a demográfiát, földrajzot, jogot,

közgazdaságtant, történelmet, szociológiát, pszichológiát vagy politikatudományt. Ennek megfelelően fogalmának modern értelmezése is több szempontot vesz figyelembe, túlmutat a földrajzi mozgáson; magában foglalja az egyének vagy csoportok társadalmi, gazdasági és kulturális tényezők által motivált helyváltoztatását. A Központi Statisztikai Hivatal Demográfiai évkönyve alapján a vándorlás egy olyan cselekmény, mely során valaki hosszú távra elhagyja megszokott lakóhelyét egy másik városban, országban történő letelepedés, tartózkodás céljából (KSH 2008; idézi Kincses 2015). A vándorlás oka leginkább a jobb életkörülmények keresése, az oktatási lehetőségek vagy a munka reményében való elindulás.

Az ENSZ szóhasználata szerint mindenképp különbséget kell tennünk a migráció és a menekültség között, hangsúlyozva, hogy a menekültek életük vagy szabadságuk közvetlen veszélye miatt kényszerülnek elhagyni hazájukat (http 3). Ezzel szemben a migránsok szabad elhatározásukból, „személyes kényelmük" okán, és nem külső kényszerítő körülmények hatására döntenek a vándorlás mellett. A Nemzetközi Migrációs Szervezet (IOM) adatai szerint 2021-ben világszerte 281 millió ember élt migráns státuszban, akik közül 103 millió ember volt menekült (http 4).

A migráció fogalma több szempont alapján tovább kategorizálható, például a mozgás oka, a résztvevők jogi státusza vagy a tartózkodás időtartama szerint. Két fő formája van: belső és nemzetközi migráció. A belső migráció kisebb településekről nagyobb városokba történő elvándorlást jelent, míg a nemzetközi migrációt kivándorlásnak vagy bevándorlásnak nevezzük, attól függően, hogy a kiindulási vagy célország nézőpontjából vizsgáljuk. A migráció lehet jogszerű vagy jogellenes. Jogszabályoknak megfelelő migráció esetén a migránsok rendelkeznek szükséges okmányokkal, míg jogellenes esetben ezek hiányoznak. Az illegális migráció gyakran kényszerítő körülmények hatására valósul meg, és az érintettek helyzete bizonytalan (Nagy 2022).

A migrációs döntés és folyamat összetett, a befolyásoló tényezők mellett az időbeli szempont vizsgálata is szükséges elemzésekor (Nagy 2022). Az időtartam hosszát hangsúlyozzák a fogalom kapcsán Kováts András és Soltész Béla (2018) is munkájukban. Szerintük az országok közötti népmozgás elemzésekor az egyik legkritikusabb szempont az, hogy mennyi időt tölt el az érintett személy a célországban, hiszen az ideiglenes munkavállalás, az ingázás vagy a végleges letelepedés különböző hatásokkal bír, mind az egyén, mind a társadalom szintjén. Az időtényező pontosításához a mérőszámot az ENSZ

1998-as ajánlása adja, amely szerint migránsnak számít az a személy, aki legalább egy évre áthelyezi lakóhelyét egy másik országba (http 5).
A migráció fogalmának széleskörű értelmezése és összetettsége jól mutatja tehát, hogy az egyének vagy csoportok helyváltoztatása különböző szempontok szerint kategorizálható, legyen szó a mozgás okairól, jogi státuszról vagy időtartamról. Ez a komplexitás érhető tetten a tanulmányi célú migráció, mobilitás vizsgálatakor is, mely jelenséget a 2000-es évek második felétől kezdve kutatnak egyre intenzívebben hazánkban is.

Az első átfogó elemzéseket L. Rédei Mária készítette a tanulmányi célú mozgásról, mint a migráció egy új formájáról. Berács József és munkatársai a magyar felsőoktatás versenyképességét és nemzetköziesedési folyamatait elemezték, különös hangsúlyt helyezve a külföldi hallgatók mobilitásának tendenciáira. A Tempus Közalapítvány megbízásából készült kutatások a külföldi hallgatók véleményét, a Stipendium Hungaricum ösztöndíjasok helyzetét, és a hallgatói mobilitás gazdasági hatásait vizsgálják a kezdetektől. Emellett a Közalapítvány kézikönyvet is kiadott a nemzetköziesítési folyamatok támogatására, amelyben a stratégiaalkotás fontosságát és a nemzetköziesedés részterületeit mutatták be (Császár, Teperics és munkatársai 2021).

A kutatások alapján összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a tanulmányi célú migráció a migráció egy olyan formája, amelynek során egyének azért lépik át országaik határait, hogy egy másik ország oktatási intézményében folytassák tanulmányaikat. A mobilitás típusai közé tartozik az alapképzés, mesterképzés, doktori képzés céljából történő hosszú távú mozgás, valamint a rövid távú tanulmányi programokban való részvétel, például csereprogramok vagy ösztöndíjak keretében. Rédei; Császár, Teperics és munkatársai szerint a „mobilitás" és a „migráció" fogalmai között ugyan van némi eltérés, de a téma elemzésekor egymás szinonimáiként is használhatók. A tanulmányi migrációt általában nagyobb földrajzi távolságokra, különböző fejlettségű területek közötti mozgásra, míg a mobilitás általában rövidebb terminusban, és egy kontinensen belüli folyamatokra, pl. Európán belül értelmezik a szakemberek (Rédei 2009; Császár, Teperics és munkatársai 2021).

Szervezeti, jogi háttér

A migráció szabályozását nemzetközi megállapodások és szervezetek irányítják, amelyek célja a migrációs folyamatok átláthatóságának és biztonságának megteremtése, valamint a migránsok jogainak védelme. Az

alábbiakban a legfontosabb dokumentumok, intézmények és jogi szabályok kerülnek bemutatásra.

Nemzetközi egyezmények

Az 1951. évi Genfi Menekültügyi Egyezmény és annak 1967. évi jegyzőkönyve az ENSZ égisze alatt létrejött jogi alap, amely meghatározza a menekült nemzetközi jogi fogalmát, megállapítja a menekültek jogait és az államok velük szemben fennálló jogi kötelezettségeit. Az egyezmény tartalmazza a visszaküldés tilalmát, amely azt jelenti, hogy a menekültet nem szabad olyan országba visszaküldeni, ahol az életét vagy a szabadságát súlyos veszély fenyegeti (http 6). Magyarország 1989-ben csatlakozott az egyezményhez.

Az 1985-ben aláírt és 1990-ben kiegészített Schengeni Egyezmény alapvető célja Európában a belső határellenőrzések eltörlése az aláíró országok között, lehetővé téve az állampolgárok szabad mozgását. A Schengeni övezet (4. ábra) jelenleg több mint 4 millió négyzetkilométert fed le, közel **420 millió lakosra** terjed ki, 29 országot foglal magába. Magyarország 2007-ben csatlakozott a rendszerhez, amely jelentős változásokat eredményezett: a határokon megszűnt az ellenőrzés, egyszerűsítve az emberek és áruk mozgását. A repülőtereken 2008-ban lépett életbe a határellenőrzés eltörlése.

Bár ez a rendszer számos előnyt hozott, például a könnyebb utazást, áruk gyorsabb szállítását, de új kihívások is jelentkeztek pl. az illegális migráció kezelése (http 7).

Nemzetközi szervezetek

Az ENSZ jelentős szerepet játszik a globális migráció szabályozásában és a menekültek védelmében. Az 1950-ben alapított Menekültügyi Főbiztos Hivatala (UNHCR) a genfi alapelvek betartását felügyeli, és biztosítja a menekültek jogait. Tevékenysége kiterjed az integrációs folyamatok elősegítésére, az önkéntes hazatérés támogatására, valamint humanitárius segítségnyújtásra, különösen a válságövezetekben (Baller, Blahó és munkatársai 2016).

A Nemzetközi Migrációs Szervezet (IOM) célja a migráció rendezett és humánus kezelésének előmozdítása, amely technikai és szakmai támogatást nyújt a kormányok számára. Emellett kutatásokat végez a migráció gazdasági és társadalmi előnyeinek maximalizálása érdekében. Egyik kiemelt

programjuk a migránsok társadalmi integrációjának támogatása Európában (Baller, Blahó és munkatársai 2016).

Az Európai Unió Menekültügyi Ügynöksége (EUAA), korábbi nevén az Európai Menekültügyi Támogatási Hivatal (EASO), az Európai Unió tagállamai közötti menedékrendszerek harmonizációjára összpontosít. Tevékenységei közé tartozik képzési programok kidolgozása, a menedékrendszerekkel kapcsolatos elemzések készítése, valamint a migrációs nyomás kezelésében nyújtott szakmai támogatás (http 8).

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) 38, a demokrácia és a piacgazdaság iránt elkötelezett tagállam alkotta kormányközi szervezet. Egy nemzetközileg is elismert elemző központ, amely ajánlásokkal segíti a tagállamokat és külkapcsolati stratégiája alapján egyes nem tagországokat a különböző közpolitikák javítása érdekében. Ezenkívül elemzésekkel segíti a G7 és G20 csoport szakpolitikai tevékenységét. Statisztikákat és gazdasági és szociális adatokat szolgáltat, elemez és előrejelzéseket készít, vizsgálja a társadalmi változásokat és kereteket dolgoz ki - többek között - a gazdaság- pénzügypolitika, a kereskedelem, a környezetvédelem, a mezőgazdaság, az innováció, az oktatás-képzés és egyéb szakpolitikai területeken (http 16). Az OECD által készített jelentések, például az International Migration Outlook, segítenek megérteni a migrációs trendeket és a politikai döntések hatásait. (http 2).

Jogi keretek

A jogi szabályozás áttekintéséhez Lados Gábor és Brucker Balázs „Az Európai Unión belüli és harmadik országbeli migráció Magyarországon” című tanulmányában szereplő megállapítások szolgáltak kiindulópontként. Munkájukban bemutatják, hogy az Európai Unió jogszabályai hogyan határozzák meg a migráció kezelését mind az EU-n belüli, mind az azon kívülről érkező személyek esetében.

Az uniós jog az EU-s tagállamok állampolgárai számára biztosítja a szabad mozgás és tartózkodás jogát, amely a belső határok megszüntetésével és az egységes munkavállalási lehetőségekkel valósul meg. Ezzel szemben a harmadik országokból érkező személyek belépését és tartózkodását az EU bevándorlási politikája szabályozza, amely az egyes tagállamok nemzeti hatáskörébe utalja a kvóták meghatározását és a foglalkoztatási, tanulmányi célú migráció feltételeit (Lados és Brucker 2023).

Az EU szabályozása keretében bevezették a „kék kártyát”, amely magasan képzett, harmadik országbeli munkavállalók számára biztosít tartózkodási és munkavállalási jogokat. A kék kártya feltételei közé tartozik a megfelelő szakmai tapasztalat vagy felsőfokú végzettség, valamint egy minimális fizetési küszöböt elérő munkaszerződés. A kártya lehetőséget nyújt arra is, hogy a munkavállaló családtagjai az adott tagállamban éljenek. Azok számára, akik nem felelnek meg a kék kártya feltételeinek, az EU egyszerűsített tartózkodási és munkavállalási engedélyezési eljárást vezetett be. Az ún. „közösségi preferencia” elv értelmében azonban a harmadik országbeli állampolgárok csak akkor vehetnek részt a tagállamok munkaerőpiacán, ha a munkakör nem tölthető be uniós polgárokkal vagy már legálisan az EU-ban tartózkodó harmadik országbeli munkavállalókkal (http 9).

Magyarországon a harmadik országbeli állampolgárok beutazása és tartózkodása általában vízumköteles. A 90 napot meghaladó tartózkodáshoz külön engedély szükséges, amely munkavállalás, tanulmányok vagy más speciális cél érdekében igényelhető. A vendégmunkások foglalkoztatására vonatkozó szabályok szintén a hazai munkaerő előnyben részesítését hangsúlyozzák: minden álláshely esetében elsődlegesen magyar munkavállalót kell alkalmazni, és csak akkor nyílhat lehetőség vendégmunkások foglalkoztatására, ha hazai munkaerő nem elérhető (http 10).

A jogi szabályozás kiemelt figyelmet fordít a tanulmányi célú migráció kereteinek meghatározására is. Az Európai Unió 2016/801/EU irányelve egységes belépési és tartózkodási feltételeket, mobilitási lehetőségeket, munkavállalási jogokat, valamint családegyesítési lehetőségeket biztosít a harmadik országbeli hallgatók, kutatók, gyakornokok és önkéntesek számára. Emellett védi jogaikat és egyszerűsíti az adminisztratív eljárásokat az EU-n belül. Az irányelv célja a nemzetközi oktatási mobilitás elősegítése és a tagállamok felsőoktatási intézményeinek globális versenyképességének növelése (http 11).

Magyarország a tanulmányi célú migráció szabályozása során az uniós irányelveket alkalmazza, miközben saját nemzeti szabályozását is érvényesíti. A harmadik országbeli hallgatók számára a tartózkodási engedély megszerzése az akkreditált oktatási intézménybe való felvétel igazolásához, megfelelő anyagi fedezet meglétéhez és érvényes egészségbiztosításhoz kötött. A tanulmányi célú tartózkodási engedély érvényessége általában a képzés időtartamához igazodik, de legfeljebb három évre szólhat, amely szükség esetén meghosszabbítható. Az engedély birtokosai tanulmányaik során heti 24

órás részmunkaidős foglalkoztatásra jogosultak, amely lehetőséget adhat a tanulmányok melletti önfenntartásra és tapasztalatszerzésre (http 12).

Az oktatási mobilitást támogató magyar programok, például a Stipendium Hungaricum, külön jogi és adminisztratív eljárásokkal segítik a hallgatók beilleszkedését. Ezen programok keretében érkező diákok részére egyszerűsített vízumkiadást és adminisztratív támogatást biztosítanak, elősegítve a kulturális és gazdasági integrációt (http 13). Ennek ellenére a harmadik országból érkező hallgatók számára az adminisztratív folyamatok, mint például a tartózkodási engedély megszerzése vagy a részmunkaidős munkavállalás, továbbra is kihívást jelenthetnek. A nyelvi akadályok és a lakhatási problémák szintén nehezíthetik a beilleszkedést, különösen az érkezés első szakaszában (http 14).

Elméleti keretek

A migráció jelensége, ahogy említettük is a tanulmány elején, összetett folyamat, amely több tudományos elmélet együttes vizsgálatát igényli. Hautzinger, Hegedűs és munkatársai(2014) hangsúlyozza, hogy a migráció mozgatórugóinak elemzésekor a különböző elméletek nem különállóan, hanem egymást kiegészítve nyújtanak átfogó képet a globális folyamatokról és az egyéni döntésekről.

Az egyik legismertebb közgazdasági elmélet a migráció megértéséhez Everett Lee (1966, idézi Hautzinger, Hegedűs és munkatársai (2014) toló-húzó modellje. Ez az elmélet a migráció okait a származási és célország közötti különbségeken keresztül vizsgálja, és azokat két fő csoportra osztja: toló tényezők és húzó tényezők. A toló tényezők közé tartoznak a származási országban tapasztalható kedvezőtlen körülmények, például a szegénység, magas munkanélküliség, politikai instabilitás, háborúk vagy természeti katasztrófák. Ezek a tényezők kényszerítő erőként hatnak, és az egyének elvándorlásához vezethetnek. Ezzel szemben a húzó tényezők olyan vonzó lehetőségeket kínálnak a célországban, mint a magasabb bérek, stabil gazdasági környezet, jobb oktatási és egészségügyi lehetőségek, valamint a biztonságos életkörülmények (Hautzinger, Hegedűs és munkatársai 2014). Lee modellje emellett figyelmet fordít a migrációt akadályozó tényezőkre is, mint például a magas anyagi költségek, a nyelvi és kulturális különbségek, a társadalmi kirekesztés vagy a szigorú bevándorlási szabályok. „Intervening obstacles" (közbeavatkozó akadályok) néven azonosítja őket. Ezek a tényezők nemcsak a migrációs döntést befolyásolják, hanem a beilleszkedés

sikerességére is jelentős hatással vannak (Hautzinger, Hegedűs és munkatársai 2014).

A neoklasszikus közgazdasági megközelítések – például Todaro (1969; idézi Honvári 2014) és Harris-Todaro (1970; idézi Golovics 2019) modelljei – szintén a migráció gazdasági mozgatórugóit elemzik, de racionális költség-haszon elemzésként értelmezik a folyamatot. Az egyének döntéseit a származási és célország közötti jövedelemkülönbségek, valamint a migrációval járó közvetlen és közvetett költségek mérlegelése határozza meg. Ezek a modellek hangsúlyozzák az oktatás szerepét, mint a húzó tényezők egyikét. A magasabb képzettség ugyanis nemcsak a célországban való sikeres munkavállalás esélyeit növeli, hanem hosszú távon is hozzájárul az egyén társadalmi és gazdasági mobilitásához.

A humántőke-elmélet, amelyet Becker és Mincer (1964, 1974; idézi Keresztes 2014) dolgozott ki, a tudás, készségek és tapasztalatok gazdasági értékére helyezi a hangsúlyt. Az elmélet szerint a migráció befektetésként értelmezhető, amely révén az egyének növelhetik gazdasági potenciáljukat, miközben hozzájárulnak a célország gazdasági fejlődéséhez. A humántőke növelésének egyik legfontosabb módja a nemzetközi tanulmányok folytatása lehet, hiszen ez nemcsak az egyéni fejlődést segíti elő, hanem hosszú távon a globális gazdasági kapcsolatok erősítéséhez is hozzájárul (Keresztes 2014). Mint ahogyan Langerné Rédei Mária (2009; idézi Császár, Teperics és munkatársai 2021) is rámutatott, a nemzetközi oktatás mára a modern gazdaság egyik meghatározó hajtóerejévé vált.

Az agyelszívás (brain drain) jelensége szorosan kapcsolódik a humántőke-elmélethez. A magasan képzett szakemberek elvándorlása a célország gazdaságának és társadalmának jelentős előnyt biztosít, ugyanakkor a kibocsátó országok számára komoly humántőke-veszteséget jelent (Golovics 2015). Ez a folyamat különösen jellemző a tanulmányi célú migráció esetében, amikor a hallgatók olyan országokat választanak, amelyek világszínvonalú képzési lehetőségeket, modern infrastruktúrát és kedvező foglalkoztatási kilátásokat kínálnak.

A migrációs sikerességében a társadalmi kapcsolati hálózatok kulcsszerepet játszanak. Massey et al. (1993) hálózatelmélete rámutat, hogy a már meglévő migráns közösségek kulcsfontosságúak az új érkezők számára. Ezek a közösségek információval, anyagi támogatással, valamint érzelmi biztonsággal segítik a beilleszkedés folyamatát, miközben jelentősen csökkentik a folyamat költségeit. Az ilyen támogatás különösen fontos lehet

az első generációs migránsok számára, akik még nem rendelkeznek stabil társadalmi hálózattal a célországban.

A migráció oktatási dimenziója szorosan összefügg a társadalmi és kulturális tőke fogalmával. Bourdieu (1986; idézi Farkas 2013) a kulturális tőkét az egyének képzettsége, nyelvtudása, valamint a társadalmi normákhoz való alkalmazkodóképességük összességeként határozta meg. Ez az egyének társadalmi mobilitásának egyik alapvető eszköze, amely jelentős szerepet játszik az oktatási rendszerekbe való sikeres integrációban. Coleman (1988; idézi Farkas 2013) a szociális tőkét helyezte előtérbe, amely az egyének közötti kapcsolatokban rejlő erőforrásokat hangsúlyozza. A család, a barátok és a közösségi kapcsolatok mind kulcsszerepet játszanak abban, hogy a migránsok sikeresen beilleszkedjenek az új társadalmi és oktatási környezetbe.

Végezetül, a migráció kollektív döntésként is értelmezhető. Massey et al. (1993) szerint a család központi szerepet játszik az ilyen irányú döntések meghozatalában, különösen akkor, amikor a cél a gazdasági stabilitás megteremtése vagy a következő generációk oktatási lehetőségeinek biztosítása. A hazautalások nemcsak egy család anyagi biztonságát szolgálják, hanem hozzájárulnak a származási közösségek fejlődéséhez és a gyermekek oktatásának finanszírozásához, hosszú távon csökkentve a társadalmi egyenlőtlenségeket.

Összefoglalva, a migráció gazdasági és társadalmi elméletei – mint a toló-húzó modell, a neoklasszikus közgazdasági megközelítések, a humántőke-elmélet, a hálózatelmélet, valamint a társadalmi és kulturális tőke elméletei – átfogó magyarázatot kínálnak a migráció dinamikájára. Ezek az elméletek nemcsak az egyéni döntések mozgatórugóit, hanem a társadalmi és gazdasági rendszerek összefüggéseit is feltárják, elősegítve a migrációs folyamatok komplex megértését.

Egyéni példák: A tanulmányi célú migráció emberi arca

A tanulmányi célú migráció kapcsán kiemelten fontos személyes történetekkel illusztrálni, hogy a jelenség nem csupán statisztikai adatok, elméletek, fogalmak sorozata, hanem egyének élettörténetein keresztül válik érthetővé. Az alábbi két példa bemutatja, hogyan formálja meg az oktatás és a migráció az egyének és a fogadó társadalmak sorsát.

Mohamad huszonegy éves fiatal, aki Szíriából érkezett Magyarországra családjával 2013-ban. Azért hagyták el hazájukat, mert Damaszkuszban egy

bomba robbant fel otthonuk közelében. Mohamad édesapja korábban Budapesten tanult orvostanhallgatóként, és bár tapasztalt orvosként tért vissza Magyarországra, újra vizsgákat kellett tennie, hogy megfeleljen a helyi követelményeknek.

A kártyatrükköket szerető Mohamad heti hat nap, napi tíz órát dolgozott egy boltban, amíg meg nem kezdte egyetemi tanulmányait a Budapesti Metropolitan Egyetem animáció szakán, ahol az alkotás és a történetmesélés művészetét sajátította el. Története kiváló példa arra, hogy a migráció toló és húzó erői miként játszanak szerepet az egyének döntéseiben: az erőszakos konfliktus hazájából történő elmenekülésre kényszerítette, ugyanakkor Magyarország oktatási lehetőségei húzó erőt jelentettek a család számára. Mohamad célja, hogy történeteket meséljen el az animáció segítségével, és bemutassa a menekültek emberi oldalát, mely a tanulmányi migráció pozitív társadalmi hatásait is erősíti (http 15). Története azt is példázza, hogy a humántőke átadása nemcsak gazdasági, hanem kulturális értéket is teremt a fogadó ország számára.

Mojtaba tizenhárom éves korában menekült el Afganisztánból a tálib erőszak elől. Az Európába vezető útja különösen nehéz volt, és tragédiával kezdődött: testvére életét vesztette, amikor Törökország és Görögország közötti tengeri átkelés során a hajójuk elsüllyedt.

Mojtaba ezután teljesen egyedül volt kénytelen boldogulni, míg végül Ausztriában egy támogató családra talált. Egy bécsi egyetemen tanult molekuláris biológiát, és álma, hogy hozzájáruljon a rákkutatáshoz, valamint a betegség gyógymódjának feltalálásához (http 15).

Története rámutat a humántőke fejlesztésének jelentőségére, hiszen tanulmányai és kutatásai nemcsak egyéni álmai megvalósulását szolgálják, hanem az osztrák tudományos élet fejlődését is erősíthetik. Példája az agyelszívás és az agyáramlás kettősségét is megvilágítja: miközben a szülőföld elvesztett egy tehetséges fiatalt, Ausztria profitálhat Mojtaba tudásából és hozzájárulásából.

Ezek az egyéni történetek segítenek megérteni a tanulmányi vándorlás összetettségét, valamint azt, hogy a migráció miként képes új perspektívákat és lehetőségeket teremteni mind a migránsok, mind a fogadó társadalmak számára.

Összegzés és további kutatási irányok

A dolgozat főként a tanulmányi célú migráció elméleti és fogalmi dimenzióit vizsgálta, azonban a mikro szinten zajló folyamatok, különösen a hallgatók döntéseit befolyásoló tényezők még további kutatást igényelnek. Ezáltal pontosabb képet kaphatnánk arról, milyen hatások formálják döntéseiket, hogyan élik meg a külföldi tanulmányokat, és mely tényezők segíthetik beilleszkedésüket. Az eredmények alapot nyújthatnak a támogatási rendszerek fejlesztéséhez és olyan programok kialakításához, amelyek mind az érintett diákok, mind a befogadó közösségek számára előnyösek.

Felhasznált irodalom

1. Altner Boris. (2006): A migránsok kora (Борис Альтнер: Век мигрантов), Európai Tanács (n.d.): Migration (Európai Tanács: Migration).
2. Baller Barbara.; Blahó András; Erdős André; Gyarmati István; Jantsits Ágnes és Prandler Árpád (2016): *Nemzetközi szervezetek és intézmények.* Akadémiai Kiadó, Budapest
3. Böcskei Elvira; Bács Zoltán; Kovács Barnabás; Tarnóczi Tibor; Fenyves Veronika (2019): A nemzetközi diplomamobilitás stratégiai irányvonalai – a Magyarországon tanulmányokat folytató külföldi hallgatók motiváció, valamint a külföldi tanulmányokat befolyásoló tényezők vizsgálata. *Competitio, 18*(1–2), 3–38.
4. Erdélyi Dóra (2023): Brain drain vagy brain gain – a magasan képzettek elvándorlása. Oeconomus Gazdaságkutató Alapítvány, https://www.oeconomus.hu/wp-content/uploads/2023/12/Brain-drain-vagy-brain-gain_-a-magasan-kepzettek-elvandorlasa.pdf (Letöltés ideje: 2025.01.15).
5. Farkas Zotán (2013): A társadalmi tőke fogalma és típusai. *Szellem és Tudomány,* 4(2), 106–133.
6. Golovics József (2019): *A nemzetközi migráció mozgatórugói: elmélet és empíria*. *Demográfia, 62*(1), 95-141.
7. Golovics József (2015): Agyelszívás: egyensúly európai szinten? In: Ferencz Árpád (szerk.): II. Gazdálkodás és menedzsment tudományos konferencia. I. kötet. Kecskeméti Főiskola Kecskemét, KIK Nyomda, 456-460.
8. Görbe Attiláné Dr. Zán Krisztina (2014): Migráció – előítélet – idegenellenesség Előítélet-kutatás a belügyi ágazatban. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Budapest. https://opac.uni-nke.hu/webview?infile=&sobj=9153&source=webvd&cgimime=application%2Fpdf%0D%0A (Látogatva: 2023.12.21).
9. Hautzinger Zoltán; Hegedüs Judit; Klenner Zoltán (2014): A migráció elmélete. Budapest, Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar. https://real.mtak.hu/16634/1/real_16634.pdf

10. Honvári János (2014): A nemzetközi munkaerő-migráció elmélete. *Prosperitas*, 1(2), 88-101. https://publikaciotar.uni-bge.hu/id/eprint/726/1/Honvari.pdf
11. Dr. Kincses Áron (2015): A nemzetközi migráció Magyarországon és a Kárpát-medence magyar migrációs hálózatai a 21. század elején. Műhelytanulmányok 8. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. http://real.mtak.hu/26456/1/muhelytanulmanyok8.pdf (Látogatva: 2023.12.21).
12. Keresztes Éva Réka (2016). A humántőke-befektetés és az Európa 2020 stratégia néhány társadalmi-gazdasági összefüggése. *Gazdaság és Társadalom, 8*(4), 62–82. file:///C:/Users/User/Downloads/GT_2016_4_04_Keresztes1.pdf (Látogatva 2025 01.12)
13. Kováts András; Soltész Béla (2018): Mit tudunk a kivándorlásról? Műhelybeszélgetések. Budapest, Gondolat Kiadó.
14. Lados Gábor; Brucker, Balázs (2023) *Az Európai Unión belüli és harmadik országbeli migráció Magyarországon.* In: Területi folyamatok Magyarországon 2021–2023. Területi riport (2). HUN-REN Közgazdaság– és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Regionális Kutatások Intézete, Budapest, pp. 41-63.
15. Massey D. S.; Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A., and Taylor J. E. (1993): Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and Development Review, 19*(3), 431–466.
16. Mohay Ágoston (2020): Az Európai Unió jogi szabályozása a tanulmányi célú migráció területén. In: *Európai migrációs politika és gyakorlat*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 15. fejezet.
17. M. Császár Zsuzsa; Teperics Károly; Köves, Kitti (2021) Nemzetközi hallgatói mobilitás a magyar felsőoktatásban. Modern Geográfia, 16 (2). pp. 67-86. ISSN 2062-1655.
18. Nagy Terézia (2022): Differenciáltan a migrációról - Migráns életek, élethelyzetek és a migráns élethelyzet keretei. Szociológiai Tudástár 8. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen. https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/1e74127c-86f6-4b31-957b-cb02b20918f1/content (Látogatva: 2023.12.21).

19. Langerné Rédei Mária (2009): *A tanulmányi célú mozgás* (Akadémiai doktori értekezés). REG-INFO Kft., Budapest. https://real.mtak.hu/17142/1/0_redei_k%C3%B6nyv.pdf

Internetes forrás

1. Unesco adatbázis, https://data.uis.unesco.org/ (Letöltés ideje: 2025.01.04).
2. OECD 2023-as jelentése a nemzetközi migrációról, https://www.oecd.org/en/publications/international-migration-outlook-2023_b0f40584-en/full-report.html#section-d1e442-b045ae91b8 (Letöltés ideje: 2025.01.15).
3. Egyesült Nemzetek Szervezete, https://unis.unvienna.org/unis/hu/pressrels/2015/unisinf513.html (Letöltés ideje: 2024.12.28).
4. Szószedet a migrációról, IOM, https://www.iom.int/glossary-migration-2019 (Letöltés ideje: 2024.12.28).
5. United Nations (1998): Recommendations on Statistics of International Migration. Revision 1, Statistical Papers, Series M, No. 58. https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm_58rev1e.pdf (Letöltés ideje: 2023.12.23).
6. Migrációkutató Intézet, migrációs szótár, https://migraciokutato.hu/glossary/genfi-menekultugyi-egyezmeny/ (Letöltés ideje: 2024.12.28).
7. Európai Unió Tanács honlapja, https://www.consilium.europa.eu/hu/policies/schengen-area/#challenges (Letöltés ideje: 2025.01.15).
8. https://euaa.europa.eu/hu/rolunk/tevekenysegeink (Letöltés ideje: 2025.01.15).
9. Council Resolution of 20 June 1994 on limitations on admission of third-country nationals to the territory of the Member States for employment (HL 1996 C 274).
10. 2023. évi XC. törvény a harmadik országbeli állampolgárok beutazására és tartózkodására vonatkozó általános szabályokról https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2300090.tv (Letöltés ideje: 2025.01.04).

11. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/801 irányelve https://eur-lex.europa.eu/legal-content/hu/txt/pdf/?uri=celex%3a32016l0801&utm_source=chatgpt.com (Letöltés ideje: 2025.01.15).
12. Országos Idegenrendészeti Főigazgatóság https://oif.gov.hu/tajekoztatok/a-hallgato-tanulo-tartozkodasa?utm_source=chatgpt.com (Letöltés ideje: 2025.01.15).
13. Stipendium Hungaricum https://stipendiumhungaricum.hu/?utm_source=chatgpt.com (Letöltés ideje: 2025.01.15).
14. https://ceepus.hu/kulfoldi_hallgatok_palyakovetese_kiadvany_2021.pdf (Letöltés ideje: 2025.01.15).
15. https://unis.unvienna.org/unis/hu/topics/refugees-migration.html (Letöltés ideje: 2025.01.15).
16. OECD Nemzeti Tanács Titkársága, https://oecdntt.hu/hu/gazdasagi-egyuttmukodesi-es-fejlesztesi-szervezet-oecd (Letöltés ideje: 2025.01.15).

Két világ fürdőkultúrája: A magyar és japán fürdőzési szokások összehasonlítása

Balta Bianka[1], Helmeczi Gabriella[2]

[1]hallgató, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., ORCID: 0009-0003-8425-4111
[2]tanársegéd, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., ORCID: 0000-0002-0762-4030

INFO

Balta Bianka
balta.bianka@gmail.com

Keywords
bathing culture
thermal water
health tourism
spa

ABSTRACT

Bathing culture has been a dominant part of both Hungarian and Japanese culture for centuries, deeply rooted in their historical and social traditions. Hungary is known worldwide for its thermal water resources, especially for the diversity of mineral-rich springs, and for the well-developed tourism infrastructure and services based on them... While Japan can rightly be called the "onsen superpower," with more than 27,000 thermal springs in the country. In Japan, onsen and sento have symbolic significance in everyday life and spiritual traditions. The bathing cultures of both countries are outstanding examples of the interconnection of healing and community life, but their historical and cultural backgrounds show many differences, which is why the aim of this research is to present the diversity of bathing cultures in both countries. This topic is particularly topical, as the importance of balancing the preservation of traditional bathing cultures with the global expansion of the wellness industry is becoming increasingly important today. After a literature review of historical and cultural elements, statistical data on bathing and spa use in Hungary and Japan were analysed to identify trends and preferences.

Kulcsszavak
fürdőkultúra
termálvíz
egészségturizmus
gyógyfürdő

A fürdőkultúra évszázadok óta meghatározó része mind a magyar, mind a japán kultúrának, mélyen gyökerezve azok történelmi és társadalmi hagyományaiban. Magyarország világszerte ismert termálvízkészleteiről, különösen a magas ásványi anyag tartalmú források sokféleségéről, illetve az ezekre alapozott fejlett turisztikai infrastruktúráról és szolgáltatásokról. Míg Japán méltán nevezhető az „onszen-szuperhatalomnak," hiszen több mint 27 000 hőforrás található az ország területén. Japánban az onszenek (onsen) és sentók (sento) szimbolikus jelentőséggel bírnak a mindennapi életben és a spirituális hagyományokban. A két ország fürdőkultúrája egyaránt kiemelkedő példa a gyógyulás és a közösségi élet összekapcsolódására, azonban történelmi és kulturális háttereik számos különbséget mutatnak, éppen ezért a kutatásba a két ország fürdőkultúrájában rejlő sokszínűség bemutatása a cél. E téma különösen aktuális, hiszen a hagyományos fürdőkultúrák megőrzése és a wellness ipar globális térnyerése közötti egyensúly fontossága napjainkban egyre inkább előtérbe kerül.

A történelmi és kulturális elemek irodalmi áttekintését követően a trendek és preferenciák azonosítása érdekében a magyarországi és japán fürdő- és fürdőhasználat statisztikai adatait elemeztük.

Bevezetés

A fürdőzés vélhetően egyidős az emberiséggel, hiszen már a legkorábbi civilizációk is felismerték a víz tisztító, gyógyító és közösségformáló szerepét (Lövei-Kalmár 2020). Kezdetben elsősorban a tisztálkodás eszköze volt, de idővel a szabadidő eltöltésének, a testi-lelki feltöltődésnek, valamint a közösségi életnek a meghatározó formájává vált (Bodolai, Kósa és munkatársai 2018). Így a fürdés nemcsak mindennapi szükségletként, hanem szimbolikus és kulturális jelentőségű tevékenységként is beépült az emberi kultúrába. Története során a fürdőzés az emberi élet számos aspektusával összekapcsolódott: vallási rítusokkal, ahol a tisztálkodás a szellemi megtisztulást szolgálta; gyógyászati célokkal, amelyek a termálvizek és ásványi anyagok gyógyító hatásán alapultak; és szórakozási formaként, ahol a közösségi fürdők a társas érintkezés helyszíneivé váltak. A sport és a rekreáció szintén fontos szerepet kapott, különösen az ókori római (Jandala, Sándor és munkatársai 2010; Szegvári, Boros és munkatársai 2022; Szegvári, Boros és munkatársai 2023) fürdők esetében, ahol a testmozgás és a pihenés harmonikusan ötvöződött. A fürdés emellett a turizmus egyik meghatározó tényezőjévé vált, különösen azokban a régiókban, ahol a természetes hőforrások és gyógyvizek különleges vonzerőt jelentettek (Láczay, Kóródi és munkatársai 2023). Az egyes társadalmak fürdőkultúrája tükrözi az adott korszak és közösség értékeit, technológiai színvonalát és esztétikai ízlését, miközben összekapcsolódik a hétköznapokkal és az ünnepi pillanatokkal is (Wirth 2011).

A fürdőkultúra különböző földrajzi és kulturális környezetekben eltérő formában fejlődött ki. A magyar és japán fürdőzési hagyományok két markánsan különböző, mégis sok szempontból hasonló kulturális rendszert képviselnek, amelyek mindkét ország identitásának és társadalmi életének szerves részét képezik. Magyarország geotermikus adottságai, különösen a termálvizekben gazdag régiók, egyedülálló lehetőséget kínálnak az egészségturizmus fejlesztésére, miközben a fürdők jelentős szerepet játszanak a történelmi és kulturális örökség megőrzésében (Gáspár 2009). Japánban az onszenek és sentók[9] nemcsak a mindennapi élet részei, hanem a spirituális

[9] onsen: meleg forrásvízben fürdés, sento meleg vizű közösségi fürdő

hagyományokkal és a közösségi élettel is szorosan összefonódnak (Adam M. 2013).

Jelen kutatás azért különösen időszerű, mert a hagyományos fürdőzési szokások és a modern fürdőipar közötti egyensúly megtalálása kiemelt jelentőséggel bír mind kulturális, mind gazdasági szempontból. A téma vizsgálata nemcsak az egyes országok fürdőkultúráinak jobb megértéséhez járulhat hozzá, hanem a kulturális különbségek és hasonlóságok tanulmányozásához is. A tanulmányban választ keresünk arra a kérdésre, hogy melyek a legfontosabb hasonlóságok és különbségek a két ország fürdőkultúrája között, és hogyan tükrözik a fürdőkultúrák az adott társadalmak értékrendjét és életmódját?

A természeti erőforrások sokszínűsége: Magyarország és Japán termál- és gyógyvizei

Magyarország a világ és Európa egyik kiemelkedő geotermikus adottságú területe, amely egyedülálló minőségű és mennyiségű termálvízkészlettel rendelkezik (Gáspár 2009; Fábián 2021). Az ország geotermikus gradiense[10] átlagosan másfélszerese a világátlagnak, elérve az 5°C-os növekedést méterenként. Ez a kedvező földtani adottság, amelyet vastag hőszigetelő és vízvezető üledékek tesznek még előnyösebbé, biztosítja a termálvizek széles körű elérhetőségét Magyarország nagy részén.

Az ország területének több mint 70%-án 30°C-nál melegebb termálvíz[11] található, amelyek közül számos gyógyhatású (Országos egészségturizmus fejlesztési stratégia 2007, Mádlné Szőnyi 2023). Ezek a vizek nemcsak a turizmus és a gyógyászat szempontjából bírnak jelentőséggel, hanem történelmi örökségként is kiemelt szerepet töltenek be. Hévíz és Budapest például már évszázadokkal ezelőtt is híres volt gyógyvizeiről, amelyeket fürdőzésre és gyógyászati célokra használtak. Ma a magyarországi termálkutak többségét gyógyfürdőkben és szállodákban hasznosítják, hozzájárulva az egészségturisztikai szektor fejlődéséhez. A termálvizek elhelyezkedése és tulajdonságai változatos képet mutatnak. Egyes jelentős fürdők – például Miskolctapolca, Eger, Esztergom és Vác – langyos vízre épültek, míg Parád és

[10] Az a mérték, amellyel a föld alatti hőmérséklet 100 méterenként emelkedik.

[11] Külföldön általános gyakorlat, hogy az évi középhőmérsékletnél magasabb hőfokkal a felszínre jutó vizeket tekintik **termálvíznek**, de egyes országokban az emberi test hőmérsékletéhez viszonyítják. A hazai 30 °C-os határt alapul véve hideg a víz 19 °C-ig, langyos 20–29 °C-ig, meleg: 30 °C fölött, ez a termálvíz.

Balf hideg vizes gyógyfürdőiről híresek (Parád, Balf) (Papp 2017; Stocker 2021). Magyarország méltán nevezhető egészségturisztikai nagyhatalomnak, hiszen Japán, Izland, Olaszország és Franciaország után Magyarország a világ 5. legjelentősebb termálvíz nagyhatalma (Tóth 2016, Péter 2011)

A felszín alatti vizek közül a gyógyvíz[12] számít a legértékesebbnek, hiszen különleges ásványianyag-tartalma vagy egyedi fizikai tulajdonságai révén gyógyhatással bír. Magyarország több száz minősített gyógyvízzel rendelkezik. Papp, Gaál és Hódos rendszere alapján az ásvány- és gyógyvizek a kémiai összetételük szerint az alábbi csoportokba sorolhatók: alkáli-hidrogén-karbonátos (alkalikus) víz, kloridos (konyhasós) víz, egyszerű hévíz, egyszerű szénsavas (savanyú) víz, kalcium-magnézium-hidrogén-karbonátos víz, vasas víz, szulfátos (keserű) víz, jódos-brómos víz, kénes víz, valamint radioaktív víz (Juhász 2016; www2).

A magyarországi termál- és gyógyvizek egyedülálló adottságaihoz hasonlóan Japánban is különleges geotermikus erőforrások és sok évszázados fürdőkultúra alakult ki, amely szintén meghatározó szerepet tölt be az ország életében. Japán termálvizei és fürdőhagyományai nemcsak az ország kulturális örökségének szerves részei, hanem az egészségmegőrzés és wellness globális színterén is fontos szerepet játszanak. Japán számos magas hegyeknek ad otthon, melyek közül sokakat vulkanikus aktivitás jellemez, ami a világon a legtöbb forró vizes forrás biztosítja a szigetország lakóinak. Becslések szerint több mint 27 000 ásványvízforrás található az ország 3170 különböző helyszínén. (Takeda, Nakamura és munkatársai 2023, Mihaela és Unnikrishnan 2012).

Földrajzi adottságai számos egyedülálló kulturális és egészségügyi gyakorlat kialakulását segítette elő. Bizonyos fürdőtípusok különböző szerepet játszanak a japán társadalomban és kultúrában, mindegyiknek megvan a maga történeti és kulturális jelentősége. A japán fürdőkultúra három fő eleme az onsen, a sento és az ofuro, amelyek mind különböző funkciókat töltenek be a társadalomban (National Diet Library 2013; Adam M 2013).

Az onsent hagyományosan természetes forró források vizéből táplálják, amelyeket gazdag ásványi anyag tartalmuk miatt gyógyászati célokra is használnak. Ezek az ásványvizek típusaik szerint változatosak, ideértve a

[12] Az ásványvíz gyógyvízzé akkor minősíthető, ha rendszeres szakorvosi vizsgálatok igazolják, hogy az adott víz bizonyos betegségcsoportok esetében jelentős mértékben elősegíti a végleges gyógyulást vagy a tartós állapotjavulást.

kénes, szénsavas, vasas, kloridos és radioaktív radonos vizeket is (Mihaela és Unnikrishnan 2012).

A fürdőkultúra múltja Magyarországon és Japánban

A két ország fürdőkultúrájának történeti fejlődése számos hasonlóságot és különbséget mutat, melyek jól tükrözik a különböző földrajzi, kulturális és társadalmi környezet hatásait. Magyarországon a fürdőkultúra az ókori római időkre és a törökök korszakára vezethető vissza, akik más-más kultúrát honosítottak meg, míg a magyar fürdőkultúra csak néhány évszázados. Japán esetében a természetes termálforrásoknak hosszú évezredeken átívelő hagyománya van. Úgy véljük, hogy a kulturális sokszínűséget és mély történelmi gyökereket vizsgálva jobban megérthetjük a fürdőzés sokszínűségét mind Magyarországon, mind Japánban.

A magyar fürdőkultúra gazdag múltra tekint vissza, amely az ókori római időktől kezdve a török hódoltságon át a 19. és 20. századi fejlődésig terjed (Farkas 1962). Ez a természetes források gazdagságára épülő, különböző kultúrák hagyományait magába olvasztó örökség napjainkban is fontos része az ország idegenforgalmának és életmódjának. Pannónia provincia területén számos római fürdő épült, ezek maradványai ma is láthatóak. Kitűnő példa erre Aquincum, ahol korszerű vízvezetékrendszert és padlófűtéssel ellátott fürdőket építettek. A római fürdők nemcsak a tisztálkodás, hanem a rekreáció, a társas élet és a művelődés központjai is voltak (Póczy és Hajnóczy 1960). Az építészeti megoldások - például a frigidarium, tepidarium és caldarium[13] sorozata - a fürdők használatának komplexitását tükrözték (Hadházi 2020). A török hódoltság korszaka számos területen formálta az embereket és az épületeket, emellett jelentős hatást gyakorolt a gazdasági és kulturális életre is Időszakának sajátos kulturális öröksége a török fürdő, amely meghatározó volt a magyar fürdőkultúra fejlődésében (Könyves, Müller és munkatársai 2013). A törökök a melegvizes gyógyforrásokban gazdag területeken számos fürdőt építettek, amelyeket nemcsak egészségmegőrzésre, hanem vallási rituálékhoz és közösségi élethez is használtak (Gerő 1980). A fürdőzési szokásaikat és építészeti hagyományaikat magukkal hozva, felkeltették a helyiek érdeklődését. A török fürdők őrizve a múlt örökségét és bemutatva a török kori Magyarország történelmét, különleges hangulata és építészeti szépsége

[13] frigidarium: hideg fürdő, caldarium: meleg fürdő, tepidarium: fűtött összekötő, közösségi helyiség

miatt a mai napig vonzza a látogatókat (Lövei-Kalmár 2018). A fürdők a későbbi évszázadokban is megmaradtak, bár látogatottságuk csökkent. A késő középkorban inkább a parasztfürdők, a gyógyvizek gyógyító hatását ismerő földesurak használták a termálkincseket. A fürdőhelyek felélesztése, modernizálása majd az Osztrák–Magyar Monarchia idején történt, amelyek ma is a magyarországi gyógyturizmus és kultúra szerves részei.

A 18. században kezd kialakulni, majd a 19. században éli virágkorát az ásványvizű forrásokra épülő gyógyturizmus Európában, amely a vízivás, savókúra, fürdőkúra és levegőkúra különböző formáit ötvözte. A történelmi Magyarország – Bolemann (1896) összeírása alapján – a több, mint 280 gyógyforrásával, szintén jelentős fürdőkultúrát épített ki, olyan híres gyógyhelyekkel, mint Herkulesfürdő (Láczay, Kóródi és munkatársai 2023), Parád vagy Balatonfüred (Kósa 1999). Ezeket kiegészítették a modern üdülőhelyek, például Tátrafüred, Budapest és Abbázia (Opatia). A 19. századi Kelet-Közép-Európában elsősorban a fürdőhelyekhez kötődött a turizmus fejlődése. Karlsbad (Karlovy Vary) például jelentős nemzetközi forgalmat bonyolított le (Vystoupil 2017), míg más fürdőhelyeket, mint Herkulesfürdő (Nistor 2017) vagy Balatonfüred, inkább helyi jelentőséggel bírtak (Lövei-Kalmár 2018). A professzionális fürdőélet fokozatos kialakulása jelentős társadalmi és kulturális változásokat eredményezett az érintett térségekben. Ezek a folyamatok egyrészt a (kulturális) homogenizáció és differenciálódás, másrészt a helyi vagy regionális közösségek és az üdülőnépesség közötti társas konfliktusok és együttműködések dinamikája (Radnai 2022). Magyarországon az Osztrák–Magyar Monarchia idején kialakult fürdőkultúra rendkívül összetett volt és egyedi vonásokkal rendelkezett (Nagy 2023). A „fürdőzés" ebben az időszakban nem csak tisztálkodást és felfrissülést jelentett az emberek számára, hanem a testedzés, a gyógyítás, valamint a szabadidő tartalmas és kellemes eltöltésének egyik formájává vált. A század utolsó harmadára a nagyobb fürdők már sokezres vendégsereget vonzottak, így működésük jelentős hatással volt a környező települések életére. A 20. század fordulójára több mint 200 hazai fürdő működött, ami megerősíti, jelzi a fürdőkultúra népszerűségének és elérhetőségének növekedését. Egyre több ember jutott hozzá a fürdőkben kínált gyógyulási és pihenési lehetőségekhez, bár így sem vált mindenki számára elérhetővé. A pihenés, a vízparti üdülés a szocializmus korszakában, elsősorban az 1960-70-es években vált társadalmi méretűvé (Lövei-Kalmár 2020).

A rendszerváltást követően Magyarországon fokozottan figyelem fordult a fürdőágazatra. A privatizáció jelentős, pozitív változásokat eredményezett a fürdők üzemeltetésében és fejlesztésében. A kormányzati stratégiákban kiemelt szerepet játszik a gazdaságfejlesztés részeként a turizmus, különösen az egészségturizmus támogatása és fejlesztése. Az ágazat az uniós tervezési időszakokban a fejlesztési alapok elosztása során is nagy hangsúlyt kapott. A Széchenyi Terv egészségturizmus-fejlesztési programjának első szakasza több mint 100 nyertes pályázatot és beruházást eredményezett 70 településen. (Lövei-Kalmár 2018). Mára a fürdők milliós látogatottsága az egészségturizmus elfogadottságát bizonyítja.

Japánban egészen más földrajzi és kulturális tényezők formálták a fürdőzés hagyományait. A japán gyógyfürdők története egészen az ókori feljegyzésekig és földrajzi leírásokig nyúlik vissza. Az írásos források alapján a meleg források használatának hagyománya Japánban legalább 1300 évre tekint vissza, azonban kezdetben csak az arisztokraták és a szamurájok engedhették meg maguknak a fürdőzést. A régiók éghajlati és földrajzi sajátosságait rögzítő helyi feljegyzések gyakran tartalmaztak forró forrásokra vonatkozó leírásokat. Mint például az Iyo no Kuni Fudoki egy töredéke szerint Shōtoku herceg a Suiko császárnő uralkodásának 4. évében (596) meglátogatta az Iyo no Yu-t (a mai Dōgo Onsen) (National Diet Library 2017).

Egyes történelmi feljegyzések, például a Nihon Shoki 720-ban készült dokumentációja, említést tesz Arima, Shirahama és Dōgo Onsen forrásairól. Ez utóbbi különösen figyelemre méltó, mivel bizonyítékok szerint már több mint 3000 évvel ezelőtt is használták, így Japán legrégebbi forró forrásának tekintik. Ezek az adatok arra utalnak, hogy az i.sz. 6. században az emberek már felfedezték a termálvizek gyógyító hatásait, és elkezdték azokat rendszeresen alkalmazni egészségügyi célokra. (National Diet Library 2017; Chantel Furbert 2020).

A japán fürdők fejlődése több lépcsőfokon ment keresztül, mely során minden korszaknak megvoltak a maga sajátosságai. A középkorban (794–1192) gyakori volt az úgynevezett ’toji’ a ’termálvizes fürdőkúra’, amit csak a felsőbb társadalmi rétegek alkalmaztak, ehhez természetes forrásvizet szállítottak otthonukban. Ez a ’kumiyu-nak’ nevezett módszer a Kamakura-korban (1192–1333) is folytatódott (National Diet Library 2017).

Az Edo-kor (1603–1867) meghozta a források elosztására irányuló intézkedéseket, mely során a kastélyokból a város felé, a lakosság számára is elérhetővé tették a forrásvizek vásárlását (Yutaka 2022).

Az igazi áttörés a Meiji kor (1868–1912) hozta magával, mivel a hőforrásokat a kormány ellenőrzése alá helyezték. A Meiji-kormány először a meleg források összetételének elemzésével próbálta ratifikálni a toji hatásait (National Diet Library 2017). Később a hangsúly inkább a vizek egészségügyi állapotának fenntartására és a fürdők üdülőhelyekként való használatára került, ami a mai modern időkben is meghatározó szerepet játszik a japánok mindennapi életében.

A ’forró források’ kultúrája különböző formákban virágzott a középkortól a kora újkorig. Az onsen (温泉), a sento (銭湯), és az ofuro (お風呂), mind szorosan kapcsolódnak az ország történelméhez. Ugyanakkor az onsen, mint kulturális és rituális gyakorlat, a legrégebbiek közé tartozik. (National Diet Library 2013, Adam M. Merry 2013). Mindezek a fürdőtípusok különböző szerepet játszanak a japán társadalomban és kultúrában, mindegyiknek megvan a maga történeti és kulturális jelentősége.

Első lépésként fontos tisztázni és megérteni a három alapvető fürdőtípus, az onsen, sento és az ofuro közötti különbségeket.

1. táblázat: Japán fürdők típusai

Fürdő	Jellemző
onsen (温泉)	A hőforrásból származó termálvíz, amely az előírt természetes kémiai összetevőket tartalmazza, vagy 25°C feletti.[14] A törvény szerint csak olyan létesítményeket nevezhetünk onsen-nek amelyek az előírásnak megfelelő természetes termálvíz mellett találhatók, és hagyományosan gyógyító célokra is használnak. Az onsenek meghatározó eleme a természethez közeli jellege, mely révén gyakran patakok, folyók és vízesések közelében helyezkednek el, amelyek erősítik a szellemi tisztulást és harmóniát a természettel. A japánok számára az onsen nem csupán fizikai megtisztulást, hanem lelki megújulást is jelent.
ofuro (お風呂)	Az ofuro a japán otthoni fürdőkultúra alapvető része, amely elsősorban a mindennapi tisztálkodást és a mentális relaxációt szolgálja. A modern Japánban az ofuro a legelterjedtebb fürdőzési forma, mivel szinte minden háztartásban megtalálható. A mai ofurok azonban a funkcionalitást és a modern technológiát ötvözik. Általában műanyagból készülnek, és gyakran digitális vezérlőkkel rendelkeznek, amelyek lehetővé teszik a víz hőmérsékletének és áramlásának programozását. Az ofuro nemcsak a test tisztítását szolgálja, hanem elsősorban a test és az elme ellazítását, amely különösen egy hosszú nap után fontos a japánok számára.
sento (銭湯)	A ’nyilvános fürdő’, a japán közösségi élet egyik fontos helyszíne. Nem csupán a tisztálkodás helye, hanem a társas kapcsolatok ápolásának, a kikapcsolódásnak és a hagyományos japán fürdőkultúra megélésének központja is. A sentókban gyakran mesterségesen hoznak létre természetes elemeket például kis vízeséseket, patakokat és halastavakat. Gyakori a szabadtéri fürdő is, amelyet szabálytalan alakú kövekkel és növényekkel szegélyeznek. A nyilvános fürdők árait Japánban a helyi önkormányzatok szabályozzák, hogy biztosítsák az egységes árakat a különböző létesítmények között. A közfürdői díj ellenőrzött összegének megállapításáról szóló miniszteri rendelet (Egészségügyi és Népjóléti Minisztérium 1957. évi 38. sz. rendelete) alapján, önkormányzatok a közfürdőkkel kapcsolatos tanácsok figyelembevételével határozzák meg a belépődíjat. Az ár jellemzően 400¥ és 500¥ között mozog, régiótól függően. Ezen kívül a szaunák és speciális fürdők extra díjat vonhatnak maguk után.

Forrás: Adam 2013; Matsuda 2015; Egil 2023; Lesley 2014; Machida 2017; Hideaki 2024

[14] Az 1948- as Japán Gyógyfürdői törvény szerint "olyan természetes forrás, amely a 19 természetes kémiai komponens közül legalább egy meghatározott mennyiséget tartalmaz, vagy a kibocsátás helyén 25 C felett van

A japán fürdőkultúra gazdag és kulturális öröksége története jól tükrözi az ország társadalmi és természeti viszonyait. Az onsenek, sentok és ofuro nem csak tisztálkodási vagy rekreációs célokat szolgálnak, hanem mélyebb kapcsolatot teremtenek a közösség, a természet és a spiritualitás között. E három fürdőtípus egyedi szerepe nemcsak Japán hagyományait őrzi, hanem a modern élet kihívásaira is válaszol, fenntartva a testi-lelki egyensúly fontosságát.

A továbbiakban vizsgáljuk, hogy miként formálódott e tradíciók a globális turizmus és a wellnessipar hatására, valamint hogyan helyezhetőek ezek az értékek a modern társadalmi környezet kontextusába.

A fürdőturizmus jelene Magyarországon

Az egészségmegőrzéssel kapcsolatos turisztikai utazások világszerte egyre inkább felértékelődnek. Az egészség előtérbe kerülésével a turisztikai ipar is felismerte a gyógyvízre (Magyar 2016) épülő gyógyturizmus fontosságát. Magyarországon 137 település kapcsolódik a gyógyturizmushoz, melyek természeti adottságainak alapját a természetes gyógytényezők[15] adják (Szabó és Hojcska 2021).

Az emberek növekvő érdeklődésével az egészség iránt az egészségturizmus egyre több lehetőséget kínál, legyen szó prevenciós (Magyar 2021), rekreációs (Béki és Magyar 2024; Magyar 2023) vagy akár egyéb természetes gyógytényező felhasználásával kiegészülő gyógyszolgáltatásról (Knetsch és Davis 2019, Szabó és Hojcska 2021). Az utóbbi időben egyre inkább növekvő érdeklődés mutatkozik mind a hazai, mind a külföldi gyógyfürdők és az általuk kínált fürdőszolgáltatások iránt (Kraft és Goodell 1993; Chambers 2016).

Magyarország a termál – és gyógyturizmus egyik legkedveltebb európai célpontjaként ismert termálvizes forrásainak és pihenési lehetőségeinek bősége miatt (www3). Napjainkra sok esetben a fürdővárosok a régió első számú turisztikai célpontjává váltak, hiszen a területükön épült gyógyfürdők és gyógyszállodák minden tekintetben megfelelnek a nemzetközi szabványoknak (Tóth és Dávid 2010, Kővári-Tóth, Müller és munkatársai 2024). A fejlesztések során nagy hangsúlyt helyeztek arra, hogy a hagyományos fürdőkultúra megőrzése mellett a létesítmények korszerű és vonzó szolgáltatások nyújtsanak.

A magyarországi fürdőkultúra sokszínűsége nemcsak a gyógyfürdők és gyógyszállodák fejlesztésében, hanem a különböző típusú fürdők

[15] Természetes gyógytényezők: gyógyvíz, a gyógybarlang, a gyógygáz, a gyógyiszap és a gyógyklíma

elterjedésében is megmutatkozik. A 2. táblázat a különböző fürdőtípusok (gyógyfürdők, termálfürdők, élményfürdők) számának alakulását mutatja az elmúlt években Magyarországon, jól szemléltetve a fürdőágazat dinamikus fejlődését és változásait.

2. táblázat: Fürdők típus szerint Magyarországon

Megnevezés	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gyógyfürdő	98	105	125	122	130	132	85	103	116	115	104	106	105	100
Termálfürdő	104	110	141	156	154	160	169	155	162	157	136	136	142	137
Élményfürdő	102	110	211	206	204	231	233	220	216	198	174	183	195	193
Strand	148	170	263	267	251	254	263	234	247	231	193	211	217	218
Uszoda	99	119	158	156	146	144	147	135	138	133	131	135	135	133
Tanuszoda	159	171	197	202	187	203	196	173	184	179	167	170	177	165
Egyéb fürdő	54	76	22	23	23	18	5	9	12	12	9	6	6	8

Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0032.html

A gyógyfürdők, termálfürdők és wellness központok nemcsak a kikapcsolódásra és pihenésre nyújtanak lehetőséget, hanem fontos szerepet játszanak az egészségfejlesztésben és a gyógyulásban is különböző szolgáltatásaikkal (Csobán, Szőllős-Tóth és munaktársai 2022; Czeglédi, Lenténé és munkatársai; www3).

A gyógyvizes kezelések és orvosi szolgáltatások mellett egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az egészségmegőrző wellness programok, a vendéglátás, valamint a szépészeti szolgáltatások (3. táblázat).

3. táblázat: Fürdők, melyben igénybe vehetők bizonyos szolgáltatások

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Orvosi vizsgálat	86	85	107	105	103	115	111	103	105	102	89	86	79	72
Gyógykezelés	103	108	147	137	138	146	150	137	141	141	126	121	117	114
Egészségmegőrző (wellness) szolgáltatás	102	123	272	280	272	277	286	258	264	258	213	212	227	220
Kereskedelem, vendéglátás	..	..	332	344	335	340	341	338	328	307	253	273	302	283
Szépészeti szolgáltatás (fodrászat stb.)	..	..	149	166	157	154	148	143	136	131	107	97	110	104

Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0032.html

Az ország geotermikus adottságai lehetővé teszik, hogy szinte minden régióban találkozzunk gyógyvizekkel és az ezekre épülő szolgáltatásokkal (www4). A 4. táblázat a 2022-es évben elérhető különböző típusú fürdők regionális eloszlását mutatja be, kiemelve a gyógyfürdők, termálfürdők, élményfürdők és egyéb létesítmények elérhetőségét Magyarországon.

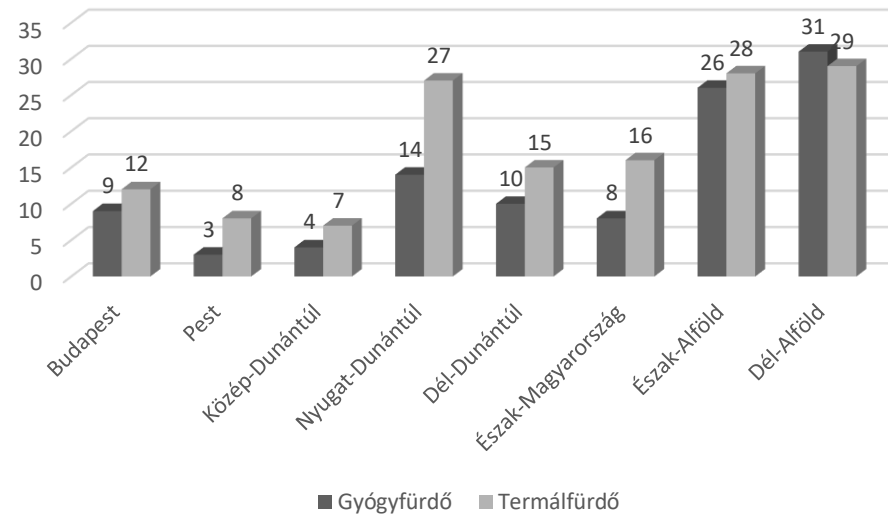
4. táblázat: Fürdők regionális eloszlása, 2022

2022.	Gyógyfürdő	Termálfürdő	Élményfürdő	Strand	Uszoda	Tanuszoda	Egyéb fürdő
Budapest	9	12	19	22	34	28	–
Pest	3	8	13	16	8	21	–
Közép-Dunántúl	4	7	25	25	18	19	2
Nyugat-Dunántúl	14	27	38	30	8	13	1
Dél-Dunántúl	10	15	28	28	16	25	1
Észak-Magyarország	8	16	27	20	18	21	–
Észak-Alföld	26	28	20	37	15	23	1
Dél-Alföld	31	29	25	39	18	27	1
Összesen	105	142	195	217	135	177	6

Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0038.html

Az 1. ábrán látható, hogy a gyógyfürdők jelentős része az Észak-Alföldön és a Dél-Alföldön található, ami ezeknek a régióknak a kiváló geotermikus adottságait és egészségturisztikai súlypontját tükrözi.

1. ábra: Termál-és gyógyfürdők Magyarországon, 2022



Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0038.html

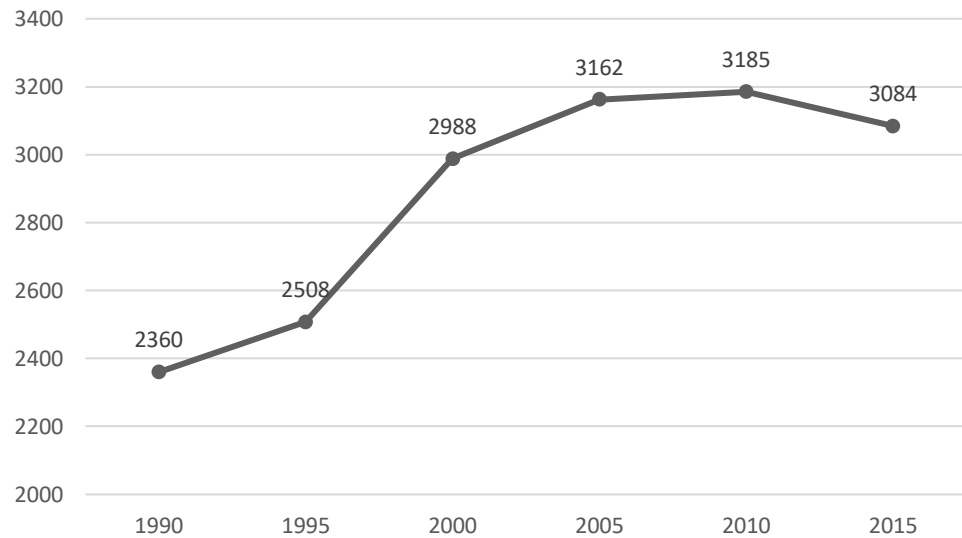
A fürdőturizmus jelene Japánban

„Annak ellenére, hogy a legtöbb embernek van saját fürdője a lakásában vagy házában, sokan mégis a sentoba mennek, mert úgy érzik, hogy ez az egyetlen hely, ahol fizikailag és lelkileg is megtisztulhat" (Egil 2023:14). Ez azt mutatja, hogy a fejlődő társadalomban és a rohanó világban, ahol az egyéni kényelem és gyors megoldások dominálnak, még mindig van igény a hagyományos, mélyebb, lelki megtisztulásra. Látható, hogy közösségi fürdőzés a japán kultúrában mélyebb, lelki és társadalmi élményeket is kínál, hozzájárulva a közösséghez tartozás érzéséhez és a kulturális örökség megőrzéséhez.

A Ministry of Environment 2023-as jelentése szerint Japánban összesen 27,932 hőforrás található, amelyeket hőmérsékletük alapján három kategóriába soroltak: 25 °C alatti források száma 4,120, a 25–42 °C közötti források száma 6,920, míg a 42 °C feletti hőforrások száma 12,799. Ezen kívül a hőforrásokat használó nyilvános fürdők száma elérte a 7,941-et. (Ministry of Environment 2023).

A felmérés alátámasztja (2. ábra), hogy Japánban a geotermikus erőforrások széleskörűen gazdagok és változatosak, valamint fontos szerepet játszanak a közösségi és kulturális életben.

2. ábra: Onsenek számának változása Japánban

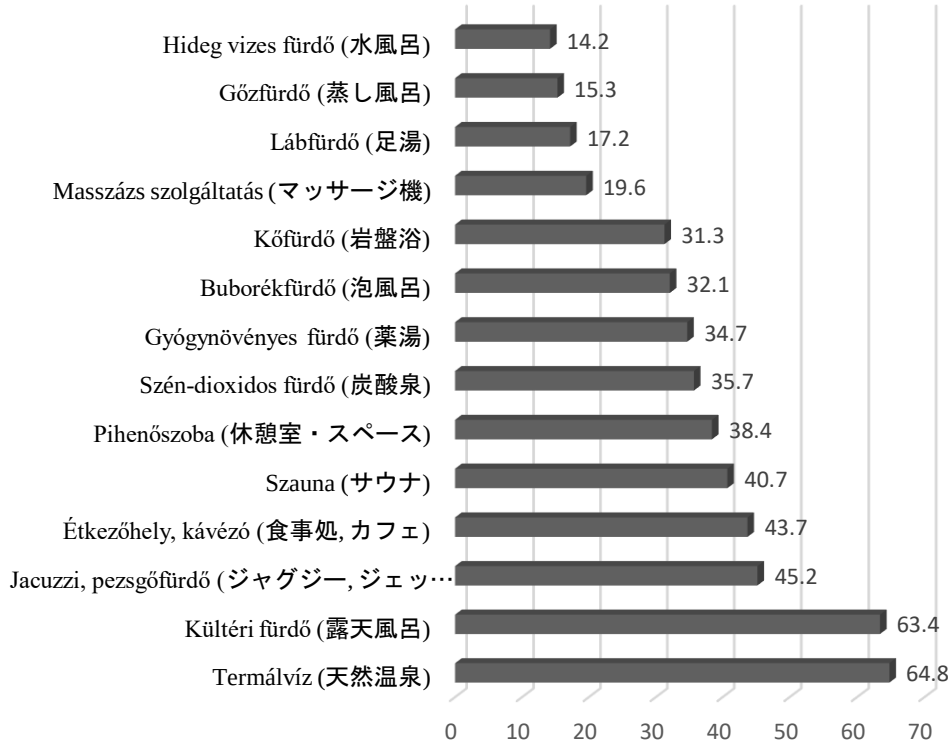


Forrás: https://www.onsen-r.co.jp/data/onsen/

A japán fürdőzési szokások és a fürdőlétesítmények iránti preferenciák alaposabb megértése érdekében különböző időpontokban végzett felmérések eredményeit elemeztük, amelyek érdekes következtetésekhez vezettek.

A kutatások a japán lakosság széles körét érintették, és az onsenek (termálfürdők) és sentok (közfürdők) iránti motivációkat, valamint az ezekkel kapcsolatos szokásokat vizsgálták Masakatsu Tagami 2021 áprilisában végzett kutatásában (n=2632). A felmérés szerint (3. ábra) a válaszadók több mint 60%-a rendszeresen igénybe veszi a természetes hőforrások és a szabadtéri fürdők szolgáltatásait, amelyek toronymagasan vezetik a népszerűségi listát. Ezután a pezsgőfürdők az éttermek és kávézók, valamint a szaunák következnek. A fürdőlétesítmények legfőbb vonzereje a különféle fürdők kipróbálása, de sokan élvezik az olyan kiegészítő szolgáltatásokat is, mint a pihenőhelyek, masszázsok, vagy az ott elérhető olvasnivalók, például magazinok.

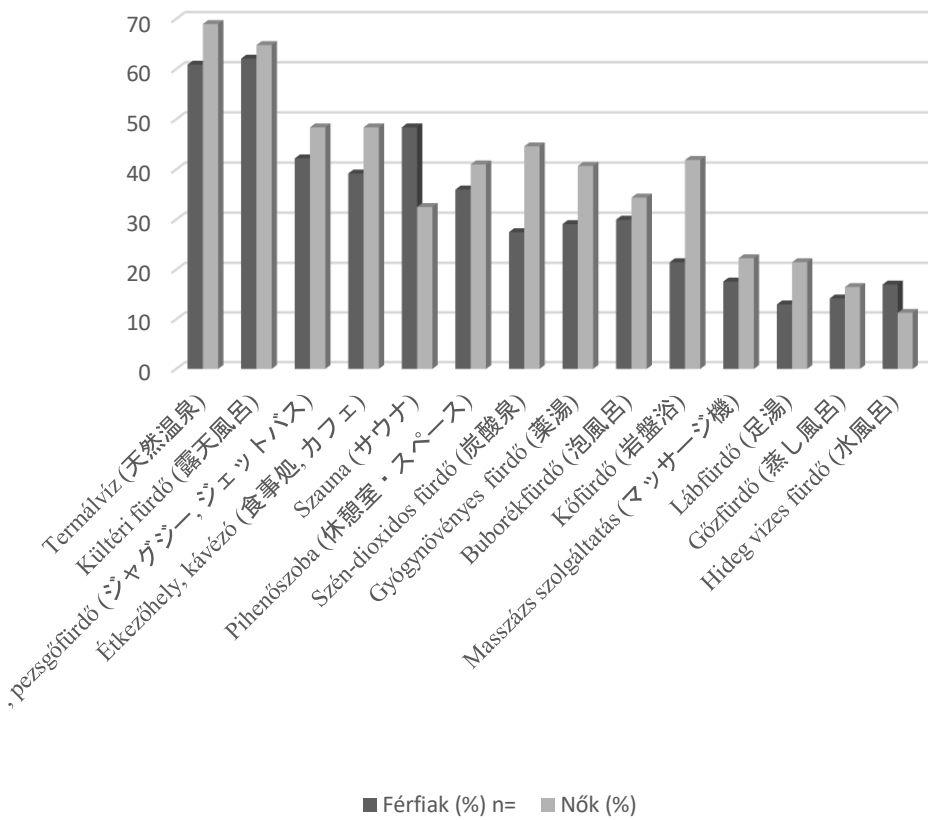
3. ábra: Japánok fürdőkultúrával kapcsolatos szokásai (%)



Forrás: Masakatsu Tagami, 2021

Nemek szerinti bontásban (4. ábra) (férfi=1362, nő=1270) látható, hogy a nők általában nagyobb arányban veszik igénybe ezeket a szolgáltatásokat, kivéve a szaunát, amely az utóbbi időben különösen népszerűvé vált a férfiak körében. A kutatás szerint a férfiak 48,4%-a használja a szaunát, míg a nők esetében ez az arány 32,5%. Ezzel szemben a köves fürdők, amelyek szintén izzasztó hatásúak, a nők körében sokkal népszerűbbek, több mint 20 százalékkal meghaladva a férfiak arányát. Ez arra utal, hogy a férfiak inkább a szaunázást, míg a nők a köves fürdőzést részesítik előnyben az izzadás és relaxáció érdekében. (Masakatsu 2021).

4. ábra: Japánok fürdőkultúrával kapcsolatos szokásai nemek szerinti bontásban



Forrás: Masakatsu Tagami, 2021

A Navit Co., Ltd 2021 áprilisában végzett felmérésből kiderül, hogy a fürdőzési szokások hogyan térnek el nemek és életkor szerint, valamint, hogy ezek a létesítmények – az onsen (termálfürdő) és a sento (közfürdő) – különböző csoportok számára más-más jelentőséggel bírnak. Az 5. táblázat a felmérés eredményét mutatja, melyben a leggyakoribb válasz az volt, hogy az emberek „havonta legalább egyszer” látogatják a fürdőket (23,2%). Ezt követik az olyan válaszok, mint „félévente egyszer” (22,0%), „2–3 havonta egyszer” (19,7%) és „évente kevesebbszer” (19,4%). (Masakatsu 2021). Ezek az arányok arra utalnak, hogy a látogatási szokások viszonylag kiegyenlítettek.

5. táblázat: Fürdőzés szokások Japánban

Kategória	n=	Heti egyszer vagy többször (%)	Havonta 2-3 alkalom (%)	Havonta 1 alkalom (%)	Havonta 1-nél több alkalom (%)	2-3 havonta egyszer (%)	Félévente egyszer (%)	Évente egyszer (%)	Évente egyszer vagy ritkábban (%)
Összesen	2336	6,2	6,9	10,1	23,2	19,7	22	15,6	19,4
Férfiak	1225	7,6	8,2	12,7	28,4	20,2	22,9	13,1	15,3
Nők	1111	4,7	5,5	7,4	17,6	19,2	21,1	18,3	23,4
Férfiak: 20-as éveikben	78	6,4	10,3	15,4	32,1	15,4	25,6	11,5	15,4
Férfiak: 30-as éveikben	62	12,9	8,1	19,4	40,3	17,7	25,8	11,3	4,8
Férfiak: 40-es éveikben	210	6,7	9	10,5	26,2	17,6	24,3	18,1	13,8
Férfiak: 50-es éveikben	375	6,5	8	13,1	28,1	19,7	22,6	13,9	16,5
Férfiak: 60-as éveikben	296	6,8	7,4	13,4	28	20,3	22	11,9	16,7
Férfiak: 70 év felett	204	9,8	7,8	9,3	27	25	24,5	9,8	13,7
Nők: 20-as éveikben	85	3,5	3,9	4,7	17,6	14,1	16,1	26	21,3
Nők: 30-as éveikben	169	4,7	4,7	5,6	15,4	15,4	18	18	24,9
Nők: 40-es éveikben	305	4,4	4,3	5,3	15,1	15,1	18,4	18,4	24,5
Nők: 50-es éveikben	305	3,8	4,2	4,8	15,1	15,1	18,9	18,9	25,4
Nők: 60 év felett	172	12,4	8,7	8,7	29,3	25,3	21,3	16	14,5
Nők: 70 év felett	75	12	9,3	9,3	29,3	25,3	21,3	14,9	8

Forrás: Masakatsu Tagami, 2021

A táblázatban jól látható, hogy a fiatalabb férfiak, különösen a 30-as éveikben járók, kiemelkednek a rendszeres fürdőlátogatók közül: 12,9%-uk" heti legalább egyszer" jár. Ez azt mutatja, hogy számukra a *közfürdőzés* gyakran a mindennapi rutin része. A nők esetében a 20-as, 40-es és 50-es korosztályban

az „évente kevesebbszer” kategória a leggyakoribb, ami azt jelzi, hogy ők inkább ritkábban és különlegesebb alkalomként tekintenek a fürdőzésre. Azonban a 60 év feletti nőknél növekszik a rendszeres látogatások száma: a 70 év feletti nőknél már 12%-a jár „heti legalább egyszer”.

Összegzésgében a felmérés alapján elmondható, hogy a fürdők iránti elkötelezettség leginkább a fiatal férfiak és az idősebb nők körében jellemző. A fiatal férfiak számára a rendszeres látogatás szokássá vált, míg az idősebb nők esetében a gyakoriság szintén jelentős, különösen a 70 év felettieknél.

A korábbi 2021 áprilisában végzett kutatásból kiderül, hogy miért választják az emberek a közfürdőket és spákat. A válaszadók 74,1%-a a relaxációt jelölte meg elsődleges motivációként, míg 65,5%-uk a fürdők nagy és tágas medencéit részesítette előnyben. A nők esetében gyakrabban említették, hogy a fürdők változatossága, valamint az ott eltöltött idő közösségi aspektusai – például családtagokkal vagy barátokkal való közös élmények – szintén fontos szerepet játszanak.

6. táblázat: A közfürdők és spák látogatásának főbb motivációi

Okok	Összesen (%)	Férfiak (%)	Nők (%)
Relaxáció lehetősége	71,4	72,2	70,4
Tágas fürdő használata	65,5	68,6	62,2
Különféle funkciójú fürdők elérhetősége	44,7	38,8	51,6
Sokféle fürdőfajta kipróbálása	42,9	40,5	45
Könnyed szabadidős tevékenység	29,9	26,7	33,2
Családdal, barátokkal való közös élmény	29	23,6	35
Fürdésen kívüli egyéb létesítmények használata	24,7	22,5	27

Forrás: Masakatsu Tagami, 2021

A lakosság egyharmada nem tervezi a fürdőlétesítmények látogatását, ahogy a 7. táblázat mutatja**.** Ennek leggyakoribb oka az volt, hogy nem érzik szükségét a fürdők látogatásának (49,7%). Ezt követte az a praktikus ok, hogy sokak számára nehézkes eljutni a létesítményekbe. A nők körében különösen jelentős volt a higiéniai szempontok és a közös fürdőzéssel szembeni ellenérzés, ami a járványhelyzet idején még hangsúlyosabbá vált.

7. táblázat: A fürdőlétesítmények látogatásának elutasításának főbb okai

Okok	Összesen (%)	Férfiak (%)	Nők (%)
Nem érzik szükségesnek a használatát	49,7	53,4	46,4
Aggodalom a COVID-19 fertőzés miatt	30,9	25,1	36
Kényelmetlen eljutni a létesítménybe	29,5	29,8	29,2
Higiéniai aggályok	27,1	19,1	34,1
Nem szeretnek másokkal közösen fürdeni	22,5	13,5	30
Túl magasnak tartják az árat	21,6	21,8	21,4
A zsúfoltság miatt nem tudnak relaxálni	16,4	12,1	20,3

Forrás: Masakatsu Tagami, 2021

Összegzés

A magyar és japán fürdőkultúra összehasonlítása rávilágított e két ország különleges geotermikus adottságaira és a fürdőzési szokásokban megmutatkozó kulturális sokszínűségre. Mindkét ország méltán nevezhető termálvíz-nagyhatalomnak, amely gazdag ásványi összetételű gyógyvizeire és fejlett turisztikai infrastruktúrájára alapozza fürdőkultúráját. Japán a világ egyik legjelentősebb onszenhatalma, ahol a termálvizek nemcsak gyógyászati célokat szolgálnak, hanem szimbolikus és spirituális jelentőségük is ezzel egyenrangú.

A kutatás eredményei szerint mindkét ország fürdőzési szokásai szorosan összefonódnak a történelmi és társadalmi hagyományaikkal. Magyarországon a fürdőkultúra nagyobb mértékű fejlődése a modern korban indult, és hangsúlyosan az egészségturizmusra és a gyógykezelésekre épül, míg Japánban az onszenek és a sendók az évszázados természet-közeli vallási rituálék utódaiként, közösségi és lelki élményként modernizálódtak. A hagyományos fürdőzési szokások megőrzése és a modern trendek integrálása olyan egyensúlyt igényel, amely biztosítja a kulturális örökségek fennmaradását.

Az összehasonlítás szerint a japánok és a magyarok a világ két különböző részén, kiemelkedő termálvizes kinccsel rendelkeznek. A japánok történelmében a folytonosság, a magyarok esetében viszont több kultúra egymást követő hagyományai alakították a fürdőkultúrát. A 20. században mindkét országban jelentős eredményt ért el a turizmus, ezen belül a termálvizes helyek fejlődése. A japán társadalomban mai napig érezhetően tovább élnek a saját hagyományok, míg a magyar turisztikai életben inkább a nemzetközi új trendek, területfejlesztési, gazdasági és gyógyászati szempontok alapján történnek fejlesztések.

Felhasznált irodalom

1. Adam M. Merry (2013): More Than a Bath: An Examination of Japanese Bathing Culture, CMC Senior Theses. 665. 1-2, 23.
2. Béki Piroska, Magyar Márton (2024): Új paradigmák: versenyképességi elemzés és diszciplináris modellezés a sportturizmus kontextusában. In magyar Márton; Patakiné Bősze Júlia; Gősi Zsuzsanna (Szerk.), A sport határvonalai: A teljesítménytől a társadalmi hatásokig (pp. 77–91). ELTE PPK Sport- és rekreációmenedzsment kutatócsoport.
3. Bodolai Henrietta; Kósa Balázs; Molnár Tamás; Szűcs Gábor Arnold (2018): "Török fürdőkultúra Magyarországon." Műszaki Tudományos Közlemények 9.
4. Chantel F. (2020): More than hot water: The onsen story https://travel.rakuten.com/contents/usa/en-us/guide/onsen-culture-guide/. (Letöltés ideje: 2024. december 1.).
5. Czeglédi Hanna Orsolya; Lenténé Puskás Andrea, Müller Anetta; Bíró Melinda (2020): "Az úszás, mint az egészség megőrzésének és megtartásának eszköze." Különleges Bánásmód-Interdiszciplináris folyóirat 6.2 35-47.
6. Csobán Kata; Szőllős-Tóth Andrea; Sánta Ádám; Molnár Csilla; Pető Károly; Dénes Lóránt Dávid (2022): Assessment of the tourism sector in a hungarian spa town: a case-study of hajdúszoboszló. Geo Journal of Tourism and Geosites, 45, 1543-1551.
7. Egil L. (2023): The Public Bath & Community, Public space, inclusion and safety in Bogotá, LUP Student Papers, 25-31, https://lup.lub.lu.se/student-papers/search/publication/9135091. (Letöltés ideje: 2024. december 1.)
8. Fábián Tamás (2021): Az egészségturizmus kézikönyve. Budapest, SpringMed Kiadó.
9. Farkas Katalin (1962): Magyarország gyógyfürdői, gyógyhelyei és üdülőhelyei [Hungarian spas, spa places and resorts]. Budapest. Medicina kiadó, 350. pp.
10. Gáspár Emese (2009): Magyarország geotermikus adottságai – termálkarszt gyógyvizek Magyarországon. Budapest, Miskolci Egyetem Közleménye.

11. Hadházi Viktória (2020): A római-és török kori fürdőemlékek hatásai napjaink fürdőkultúrájára. Gazdálkodástudományi Közlemények, 8(1), 21-26.
12. Hayasaka S. (2020): Hot Spring (Onsen) and Health. Journal of the Japan Society of Applied Electromagnetics and Mechanics, 28(3), 196-201.
13. Jandala Csilla; Sándor Tibor; Gondos Borbála (2010): Az egészségturizmus a turizmuspolitika fókuszában–A fürdőkultúra szerepe a turisztikai termékfejlesztésben. Turizmus Bulletin, 14(4), 19-28.
14. Juhász József (2016): Hidrogeológia. Budapest, Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789630598309; https://mersz.hu/dokumentum/m94h__27/#m94h_s3.1.1.3_p39 (Letöltés ideje: 2025.01.06)
15. Kósa László (1999): Fürdőélet a monarchiában. Budapest, Holnap Kiadó.
16. Könyves Erika; Müller Anetta; Ködmön József (2013): Az egészségturizmus fókuszai. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó. 249p. ISBN 978 963 318 317 5
17. Kővári-Tóth Tímea; Müller Anetta; Kővári Zsolt (2024): Analysis of the turnover of Hungarian spas. Geo Journal of Tourism and Geosites, 56(4), 1454-1460.
18. Láczay Magdolna; Kóródi Márta; Nagy Benedek (2023): History of Tourism, Erasmus+ Grant 2020-1-HU01-KA203- 078799, Marosvásárhely, Csíkszereda. Debreceni Egyetem - Debrecen, Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem -
19. Lesley Wynn (2014): Self-Reflection in the Tub: Japanese Bathing, Graduate tudent paper, San Francisco, University of San Francisco
20. Lövei-Kalmár Katalin (2020): A fürdőélet átalakulása Magyarországon a 20. században a társadalmi, politikai változások tükrében. Eger, Eszterházy Károly Egyetem Líceum Kiadó.
21. Machida Shinobu (2017): The story of “Sentō”: A history of public bathhouses in Japan, nippon.com. https://www.nippon.com/en/views/b07302/. (Letöltés ideje: 2024. december 1.).
22. Mádlné Szőnyi Judit (2023): Kincs a talpunk alatt – felszín alatti vizek nyomában Budapesten. Budapest, Tanulmányok a főváros jubileumára Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Kar Földrajz- és Földtudományi Intézet Regionális Tudományi Tanszék.

23. Magyar Márton (2021): Turisztikai rekreációs preferencia napjainkban – avagy sport- és fitnesz szolgáltatások a Covid-19 árnyékában. Magyar Sporttudományi Szemle, 22(3), 80–81.
24. Magyar Márton (2023): Szinergiák a természeti rekreációban, avagy fizikai és szellemi leisure. In M. Magyar, & Zs. Gősi (Szerk.), VI. Sport – Tudomány – Egészség: "Szabad az idő" - Fókuszban a fizikai aktivitás. Absztrakt kötet (pp. 17–18). BudapestELTE PPK Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet.
25. Magyar Márton (2016): A víz rekreációs és élményközvetítőszerepe. Rekreáció. 6 (2), 39-43.
26. Masakatsu Tagami, 田上正勝, (2021): Fromプラネット From Planet,157. száma,4 人に 1 人は銭湯・スパを“月 1 回以上”利用
27. Matsuda Tadanori, (2015): Soaking up the Benefits: Japan’s Hot Springs Tradition, A nipponban https://www.nippon.com/en/views/b04702/. (Letöltés ideje: 2024. december 1.).
28. Mihaela Serbulea, Unnikrishnan Payyappallimana (2012): Onsen (hot springs) in Japan--transforming terrain into healing landscapes. Health Place. 18 (6), Japan, PubMed,1-2 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22878276/. (Letöltés ideje: 2024. december 1.).
29. Ministry of Environment (2023): Onsen Usage in 2022. MOEJ, Tokyo.https://www.env.go.jp/nature/onsen/data/. (Letöltés ideje: 2024. december 1.).
30. Nagy Benedek (2023): Fürdőélet és marketing Erdélyben a dualizmus korában. Turisztikai és Vidékfejlesztési Tanulmányok, 8(2).
31. National Diet Library (2017): A meleg források mint gyógyfürdők, Japán, Small Electronic Exhibitions Kaleidoscope of Books, 23. https://www.ndl.go.jp/kaleido/entry/23/1.html?fbclid=IwY2xjawGusuNleHRuA2FlbQIxMAABHdnt-5gxF-K9XV65IXxuHwdd9dwVUn03Bk9tCfcLQchQDz4wLoPz238bqA_aem_Td_q-bzyK1Bu1WRgA8n5fA#anchor4. (Letöltés ideje: 2024. december 1.)

32. Nistor Renáta-Erzsébet (2017): Herkulesfürdő, mint a monarchia öröksége, Kolozsvár, XX. reál- és humántudományi Erdélyi Tudományos Diákköri Konferencia (ETDK)
33. Országos egészségturizmus fejlesztési stratégia (2007): https://2010-2014.kormany.hu/download/b/8e/20000/Egeszsegturizmusstrategia.pdf (Letöltés ideje: 2025.01.10)
34. Papp Ilona (szerk.) (2017): Szálloda- és vendéglátásmenedzsment. Budapest: Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634541479 https://mersz.hu/dokumentum/dj250szev__155/#dj250szev_152_p13 (Letöltés ideje:2025. 01. 06.)
35. Péter Zsolt Szabolcs (2011): Termálfürdőink piaci pozíciói a hazai, és a nemzetközi versenyben különös tekintettel az Észak-Magyarországi Régióra. Miskolc, A Miskolci Egyetem Közleménye.
36. Póczy Klára, Hajnóczy Gyula (1960): Római fürdők Budán. Budapest, Képzőművészeti Alap Kiadóvállalata.
37. Radnai Dániel Szabolcs (2022): A fürdőlevél poétikája és szociológiája a 18–19. századi magyar irodalomban. Replika: Társadalomtudományi folyóirat, (126), 89-107.
38. Serbulea, M, Payyappallimana U. (2012): Onsen (hot springs) in Japan—Transforming terrain into healing landscapes. Health & place, 18(6), 1366-1373.
39. Stocker L. (2021): Thermographia Budensis. Budapest, Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634547341. https://mersz.hu/dokumentum/m879tb__47/#m879tb_45_p1 (Letöltve: 2025. 01.).
40. Szabó Zoltán; Hojcska Ágnes Erzsébet (2021): A fürdőturisták elégedettségének vizsgálata az egészségi állapotuk és a fürdők szolgáltatás-minőségének vonatkozásában. Deliberationes tudományos folyóirat, 14(1), 71-71.
41. Szegvári Gréta Edit; Boros Szilvia; Magyar Márton (2022). Wellness- és fürdőszolgáltatások történeti sajátosságai. In Zs. Gősi, Á. Mikó, & M. Magyar (Szerk.), V. Sport - Tudomány - Egészség Konferencia Absztrakt Kötet: Sokszínű Sporttudomány - Sokszínű ELTE (pp. 58–59). Budapest, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar.

42. Szegvári Gréta Edit; Boros Szilvia; Magyar Márton (2023). A gümnasziontól a szaunáig: Történeti morzsák a wellness- és fürdővilágból. In Magyra Márton; Gősi Zsuzsanna (Szerk.), Életmód, menedzsment és módszertani kérdések a sport és rekreáció világában (pp. 128–144). Budapest, Akadémiai Kiadó.
43. Midori Takeda; Hiroki Nakamura; Hajime Otsu; Koshi Mimori; Toyoki Maeda; Shunsuke Managi (2023): Hot Spring bathing practices have a positive effect on mental health in Japans article, A Heliyon-ban, Volume 9, 1, https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19631. (Letöltés ideje: 2024. december 1.).
44. Tóth József (2016): Világföldrajz. Bdapest, Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789630598392 https://mersz.hu/dokumentum/m27v__478/#m27v_475_p8) (Letöltés ideje: 2025.01.06)
45. Tóth Géza, Dávid Lóránt (2010): A magyarországi idegenforgalmi régiók fejlettségének, versenyképességének és leterheltségének vizsgálata [Examination of the development, competitiveness and workload of the Hungarian tourism regions]. Közép-európai Közlemények 3(1).
46. Vystoupil, J., Šauer, M., & Bobková, M. (2017): Spa, spa tourism and wellness tourism in the Czech Republic. Czech Journal of Tourism, 6(1), 5-26.
47. Wirth István (2011): Fürdőkultúra. Budapest, Szent István Egyetem.
48. www1 (2024): Spa industry in Hungary - statistics & facts https://www.statista.com/topics/10001/spa-industry-in-hungary/#topicOverview (Letöltés ideje: 2024. december 1.).

Internetes forrás:

1. NNGYK (2024): Természetes gyógytényezők https://www.nnk.gov.hu/index.php/termeszetes-gyogytenyezok.html?utm_source=chatgpt.com (Letöltés ideje: 2025.01.06)
2. Termálfürdő.hu (2017): Nemzetközi elismerést kapott négy magyarországi fürdőhely

https://www.termalfurdo.hu/furdozes/nemzetkozi-elismerest-kapott-negy-magyarorszagi-furdohely-5714?utm_source=chatgpt.com (Letöltés ideje: 2025.01.06)

3. Yutaka Tochihara (2022): A review of Japanese-style bathing: its
4. 松崎陸斗Rikuto Matsuzaki (2024): 温泉は日本人の安らぎの一つ!温泉について大調査してみました!【1000人アンケート】, https://www.navit-j.com/media/?p=100388. (Letöltés ideje: 2024. december 21.).

Művészetterápiával a nők lelki egészségéért: Az „Istennők nyomában - kreatív önismereti csoport” bemutatása

Sárváry Andrea[1]

[1]egyetemi docens, Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Intézet, Pszichológiai Tanszék. 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4. 0000-0002-4097-7022

INFO

Sárváry Andrea
sarvary.andrea@etk.unideb.hu

Keywords
art therapy,
self- knowledge,
mental health,
ancient goddesses

ABSTRACT

Through the tools and methods of art therapy, it can be used to increase self-knowledge and for healing. In this article, I present an art therapy self-knowledge group developed for women. The goal of the group is to preserve mental health and initiate the mental changes necessary to process complexes, traumas, and blockages, as a result of which a new, healthy balance is formed in the personality. The artistic tools of the group sessions are poetry, music, and various techniques of fine art. The psychological tools are relaxation, imagination, and consciously constructed themes. The sessions are organized around the mythological stories of an ancient goddess, which present archetypal relationships and various psychological tasks. The group consists of eight sessions: the main goal of the first two sessions is to tune in to the group and the inner work, and the deepening of the inner work begins from the third session. The group closes during the last session.

Kulcsszavak
művészetterápia,
önismeret,
lelki egészség, ókori istennők

A művészetterápia eszközei és módszerei révén az önismeret növelésére és gyógyításra egyaránt alkalmazható. A cikkben egy nők számára kidolgozott művészetterápiás önismereti csoportot mutatok be. A csoport célja a lelki egészség megőrzése, valamint a komplexusok, traumák, elakadások átdolgozásához szükséges lelki változások elindítása, melyek eredményeként egy új, egészséges egyensúly alakul ki a személyiségben. A csoportfoglalkozások művészeti eszközei a vers, a zene és a képzőművészet különböző technikái. Pszichológiai eszközei a relaxáció, az imagináció és a tudatosan felépített tematika. A foglalkozások egy-egy ókori istennő mitológiai történetei köré szerveződnek, melyek archetipikus kapcsolatokat és különböző pszichológiai feladatokat jelenítenek meg. A csoport nyolc alkalomból áll: az első két alkalom fő célja a csoportra és a belső munkára való ráhangolódás, a harmadik alkalomtól kezdődik a belső munka mélyítése. Az utolsó alkalom során történik a csoport zárása.

Ez a tanulmány a szerző 2024-ben, a Magyar Tudomány Ünnepén elhangzott, és az Eötvös Lóránt Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, tanácsadó szakpszichológus szakirányú továbbképzésén benyújtott diplomamunkája alapján készült.

Bevezetés

Az emberiség történetében az ábrázolásnak, a művészetnek, az alkotásnak a kezdetektől jelentős szerepe volt. A korai barlangrajzoktól kezdődően a természeti népek totemjei, maszkjai, a sámánok rituáléi, a piramisok és templomok építése stb. az önkifejezés igénye mellett vallási, kultikus és művészi szerepet egyaránt betöltöttek az adott társadalomban. Az ábrázolás, tánc, ének és zene valószínűleg hamar összekapcsolódott a gyógyítással, a szorongást, félelmet keltő „veszélyes tartalmak" (pl. a gonosz, a halál) távol tartásával (Wheeler 2005; Vick 2003; idézi: Antalfai 2016:23).

A művészetek és az alkotás tudatos és tudományos gyógyítói alkalmazása a XIX. és XX. század fordulóján kezdődött. Carl Gustav Jung (1875-1961) tekinthető az első művészetterapeutának – bár ő nem nevezte annak magát-, mert az egyéni terápiákban tudatosan alkalmazta a festés, rajzolás és formázás technikáit (Jacobi 1985; idézi: Antalfai 2016:25). Azt tapasztalta, hogy az alkotói folyamatnak önmagában is gyógyító hatása van, és „az analízis során rajzolt vagy festett képek a pszichés folyamatot, vagy a pszichés helyzetet fejezik ki", és az alkotás során létrejövő képek változásai tükrözik a személyiség változásait (Antalfai, 2016:33). Jung fontosnak tartotta az alkotásokban megjelenő pszichés mechanizmusok feltárását, megértését és elemzését (Jung 1999, 2000; idézi: Antalfai 2016:25), és ezzel jelentősen hozzájárult a művészetterápia, mint terápiás lehetőség alapjainak megalkotásához.

Magyarországon az 1960-as évektől a pszichiátriai betegekkel dolgozó pszichológusok és pszichiáterek kezdték el alkalmazni diagnosztikus és terápiás eszközként a művészetterápiát (pl. Moussong-Kovács Erzsébet, Bánhidi Mária, Trixler Mátyás). Antalfai Márta klinikai szakpszichológus 1972-ben kezdett dolgozni a budapesti Róbert Károly (ma: Nyírő Gyula) Kórház Munkaterápiás részlegén. Az ambuláns és bent fekvő pszichiátriai betegek számára kezdetben kreatív foglalkozások során, célzott tematikával alkalmazta a festést, agyagozást, rajzolást, montázs-, és kollázskészítést, majd 1979-től egyéni terápiákban is (Antalfai 2016:85). Az általa kidolgozott – és a későbbiekben rövid bemutatásra kerülő - Katarzisz Komplex Tematikus

Művészetterápia módszerére Jung elmélete és terápiás tevékenysége jelentős hatást gyakorolt.

A művészetterápia fogalma

A művészetterápia fogalma tágabb értelmezésben számos olyan gyógyító eljárást magában foglal, mely valamilyen művészeti ághoz kapcsolódik (Antalfai 2016:62). Ebben a tanulmányban és a nemzetközi szakirodalomban is használt szűkebb értelmezésben a különböző képzőművészeteket (festészet, szobrászat) alkalmazó gyógyító eljárásokat nevezzük művészetterápiának. Az egyéb művészetek alapján működő terápiák esetében általánosan elterjedt annak a művészeti területnek a megnevezése, amit a terápia gyógyítási eszközként használ, pl. táncterápia, zeneterápia (Antalfai 2016:26).

Művészetterápiában az alkotói folyamat belső megélése, a létrehozott alkotásnak a tudattalan tartalmakkal való kapcsolata, kifejeződése és megértése a hangsúlyos (Antalfai 2016:26-29; Messner 2013; Kovács és Simon 2018), míg a létrehozott művészeti alkotás másodlagos szerepet játszik. A művészetterápia alapvető célja a személynek és a személyiségnek a művészet eszközeivel való támogatása, erősítése, kibontakoztatása és a résztvevők személyes fejlődésének támogatása. A gyógyító folyamatban további cél a betegek traumáinak, belső konfliktusainak felszínre hozása és feloldása, valamint személyes én-élmények megélése a kreatív folyamat és a művészet segítségével (Antalfai 2016:26-29; Kiss 2014). Művészetterápiát csak szakképzett terapeuta vezethet, aki a kreativitás eszközeit tudatosan és célzottan alkalmazza a kezelés és a gyógyítás folyamatában (Juhász 2016).

A művészetterápia jelentősége

Az alkotás folyamata lehetőséget nyújt az alkotó számára belső világa és élményei felfedezésére, a tudatos és tudattalan tartalmak közötti kapcsolatteremtés beindítására és a tudattalan tartalmak szimbolikus megjelenítésére (Jacobi 1985:2-3, idézi: Antalfai 2016). „Az alkotófolyamat hátterében olyan tudattalan tendenciák működnek, melyek a tudattal való integrálódás mértékében a személyiség kiteljesedését szolgálják” (Antalfai 2016:33). A személyes tudattalan tartalmainak alkotásban történő megjelenítése lehetőséget kínál az alkotónak azok átdolgozására, és a tudatosba történő integrációra.

Elméleti háttér: A „Katarzisz Komplex Művészetterápia” módszerének rövid bemutatása

Az általam kidolgozott „Istennők nyomában-kreatív önismereti csoport” elmélete és módszertana a Katarzisz Komplex Művészetterápia (KKM) módszerén alapul, melyet Antalfai Márta klinikai szakpszichológus dolgozott ki terápiás tapasztalatai alapján. Az óvodákban, iskolákban, felsőoktatásban, gyógypedagógiai és szociális intézményekben, kórházakban, rehabilitációs és prevenciós területen egyaránt alkalmazható módszer (Antalfai 2016:85-86) az Oktatási Hivatal által akkreditált képzésként a Lelki Egészségvédő Alapítvány keretében 2006-tól elérhető különböző segítő foglalkozású szakemberek számára (pl. pedagógusok, mentálhigiénikusok, gyógytornászok).

A módszer egyéni, kiscsoportos és nagycsoportos formában, egészséges és mentális betegséggel élő gyerekek és felnőttek számára egyaránt elérhető. A foglalkozásokon való részvételhez nem szükséges művészeti előképesség, és a „jó rajzolás” képessége sem (Antalfai 2016:79).

A lelki egészség megőrzése, valamint a gyógyulás alapját képező lelki változások elindítása egyaránt célja lehet a foglalkozásoknak. Az egész személyiség tudatos bevonásával segíthető a változás és fejlődés, valamint komplexusok, traumák feldolgozása. Az önismeret növelése, a tudatos és tudattalan személyiségrészek közötti kapcsolat megteremtése minden formában alapvető célként fogalmazódik meg (Antalfai 2016:79; Sárváry 2021).

A KKM művészeti eszközként alkalmazza a verseket, a zenét és a képzőművészet technikáit. Pszichológiai eszközei a relaxáció, az imagináció (Antalfai 2016:93-95) és a pszichológia-pszichoterápia által feltárt törvényszerűségekre épülő tematika (Antalfai 2016:90-92, 145-156). A csoporttagok alkotói folyamatra történő ráhangolódását, a külvilágból a „befele” elindulását, a belső konfliktusok, komplexusok megközelítését segíti a relaxált állapotban a csoportvezető által felolvasott, a foglalkozás témájához illeszkedő vers, és az azt követő zenei részlet (Antalfai 2016:87, 135-145). Indirektivitásuk révén a zene és a vers alkalmazásával megelőzhető az elhárított tartalmak túl korai tudatosulása, és az újabb ellenállások kiépülése.

A KKM tematika első egysége az évkör, az egyes hónapok és évszakok szimbolikája, archetipikus üzenetei (Antalfai 2016:145-156). A természet változásaira történő ráhangolódás aktiválja a belső dinamikát, és érzelmeket, személyes élményeket mozgósít. A második témaegység az archetipikus

személyközi kapcsolatok, a gyermek-, és felnőttkori anya-gyerek és apa-gyerek kapcsolat, testvér-, és párkapcsolat, valamint a barátság (részletesen lásd: Antalfai 2016:210-223). A harmadik tematikai egység az életút, az egyéni életszakaszok sorsfordító állomásai, meghatározó eseményei (részletesen lásd: Antalfai 2016:224-235).

A képzőművészeti technikák (vízfestés, ceruzarajz, pasztellkréta, montázs, kollázs, agyagozás) választásának és használatának pszichológiai és diagnosztikai jelentősége van. A különböző technikák alkalmazása lehetővé teszi a különböző pszichés funkciók és készségek mozgósítását és fejlődését (Antalfai 2016:122-134; Sárváry 2021). Ha változik a preferált technika, az sokszor „… tükrözi a lélek differenciálódását, és a tudatos énnek a saját lelki emocionális tartalmaival való találkozását" (Jacobi 1985; idézi: Antalfai 2016:122).

A KKM sajátossága: a „provokált katarzis" élménye

Az először Arisztotelész által használt *katharszisz* kifejezés megtisztulást, megszabadulást jelent (Arisztotelész 1992). A görög színházakban bemutatott tragédiák kulcseleme a történet egy pontján történő „felismerés", amikor a szereplők egyoldalúan vagy kölcsönösen –valamilyen esemény kapcsán- rájönnek arra, hogy kik ők, illetve ki a másik személy (pl. amikor Oidipusz egy hírnöktől megtudja, hogy ki ő valójában, és szembesül tetteinek következményeivel). Az ókori tragédiák ezen „felismerései" és „fordulatai" jól szemléltetik a katarzis élmény alapvető jellemzőjét: a valamilyen negatív belső állapottól való megszabadulást, és a pozitív állapotba történő átfordulást (Kulcsár 2007:22, idézi: Antalfai 2016:97).

A pszichológiában Sigmund Freud és kollégája, Josef Breuer osztrák orvos a betegekkel való gyógyítás tapasztalatai alapján arra következtettek, hogy a feloldatlan/feldolgozatlan, a Freud által „indulatteljes élmények"-nek és „lelki traumák" -nak" nevezett (Freud 1990) eseményekhez kapcsolódó érzelmek, feszültségek „beszorulnak", és patogén hatást fejtenek ki. Az emlékek újra történő drámai felidézése (pl. hipnózisban) lehetőséget ad az élmény tudatosítására és az eredeti érzések átélésére és levezetésére (Breuer és Freud 1895; Freud 1990; Kris 1952:249; idézi: Antalfai, 2016:97-98).

A komplexusok gyökere mindig kapcsolatok történetébe ágyazódik (Antalfai 2016: 32). Ha a kapcsolatot jellemző feldolgozatlan, érzelmileg hangsúlyos interakciók, súlyos konfliktusok a tudattalanba kerülnek, ott komplexusokká szerveződhetnek (Kast 2004:93-94; idézi: Antalfai 2016:32). A komplexusnak

több, a személyiség működésére és fejlődésére nézve káros hatása is van. Egyrészt a komplexus tudattalanban tartása energiát von el a személyiségtől, ami gyengíti és akadályozza a személyiség normatív fejlődését. Másrészt, a lekötött energia gátol(hat)ja az individuációt, „ősmagunk, a mély-én (Selbst) lehető legteljesebb megvalósítását" (Antalfai 2016:31), melyet Jung (2002, 2008) az élet legfontosabb feladatának tekintett. Harmadrészt, időnként feltörhet a tudatba, melynek következtében az aktuális, az eredeti kapcsolathoz érzelmileg hasonló helyzetekben konfliktusokat generál, melyek kezelésére – éppen a komplexus tudattalan működése miatt- a személy nem képes. A komplexusokká szerveződött érzelmi konfliktusok különböző pszichés megbetegedések, neurózisok vagy pszichózisok kiváltóivá válhatnak (Koronkai 1995:238; idézi: Antalfai 2016:32).

A személyes vagy a kollektív tudattalanban meghúzódó komplexusok feloldására lehetőséget nyújt a KKM módszere (is), mivel az intenzív érzelmeket hordozó belső képek az alkotásban megjelennek, és az alkotások átbeszélése révén a tudatba emelkednek. Jung szerint akkor következik be a megnyugvás, amikor a személynek sikerül az érzelmei mögött megtalált képeket megjelenítenie (Jung 1997:230; idézi: Antalfai 2016:34). Riedel és Henzler (2008) szerint „akármilyen formában" ábrázolhatjuk a komplexust, az ismételt ábrázolások képesek azt megváltoztatni" (idézi: Antalfai 2016:34).

Az Antalfai Márta által kidolgozott KKM fő sajátossága a „provokált", mesterséges úton elért katarzis keltése (Antalfai 2016:87-89). Ennek célja a tudattalan vagy részben tudatos komplexusok, kapcsolati konfliktusok felszínre hozása, majd azok szimbolikus megjelenítése egy alkotásban, mintegy tükörként „felajánlva" az alkotónak az aktuális konfliktussal, és a mögötte meghúzódó komplexussal való szembesülés és tudatosítás lehetőségét. Az alkotói folyamatban a különböző képzőművészeti technikák révén lehetőség nyílik a feldolgozatlan feszültségek, belső konfliktusok, traumák, komplexusok megjelenítésére és annak a személyiség egészét (nem csak kognitív szinten) érintő és bevonó feldolgozására is. Az alkotásra adott verbális visszajelzések (a terapeutától és/vagy csoporttagoktól) alapvető fontosságúak, mert azok segítik a tudatos feldolgozást.

A „provokált katarzisélmény" alapját a KKM tudatos tematikája adja, mely az érzelmek, komplexusok előhívását aktiválja.

Az alkotások megbeszélésének jelentősége

A KKM-ben az alkotások megbeszélésének nem a diagnózisalkotás a célja, mint pl. a Jacobi (1985, 2009) és Németh (1991) által kidolgozott képelemzések esetében, hanem az önismeret növelése révén a személyiség rekreációja, a lelki egyensúly létrehozása/visszaállítása (Antalfai 2016: 273). Ugyanakkor, a terapeutának fel kell ismernie az alkotásban tükröződő problémát, komplexust és patológiát. Csoportvezetés során a csoportvezető fontos feladata a csoporttagok alkotásaiban megjelenő elakadás vagy változás azonosítása, és indokolt esetben egyéni terápia ajánlása.

Az alkotói folyamat eredményeként megszülető képeknek két fontos funkciójuk van (Antalfai 2016:28). Egyrészt az alkotói folyamatban történő érzelmi feloldódás, a pszichés energia újra rendeződése. Másrészt az elkészült alkotáshoz kapcsolódó értelmezés, jelentésadás, tudatosítás, amit már Jung is nagyon fontosnak tartott (Jung 2002; idézi: Antalfai 2016:98).

Az alkotói folyamat sokszor már önmagában is gyógyító értékű, mert a tudattalan tartalmak szimbolikus képekké, alkotássá történő alakítása elindíthatja a személyiségen belüli változást. Az alkotások megbeszélése azonban alapvető jelentőségű, mert e nélkül nagy valószínűséggel az alkotás csak a feszültségek „ventillációját" szolgálná, mely megkönnyebbülést hoz(hat), de a tudatosulás nélkül a személyiség magasabb szintű integrációja elmarad. „Önmagában a megjelenítés és kifejezés még nem jelent korrekciót vagy gyógyulást" (Antalfai 2007). A verbális feldolgozásra akkor nem kerül sor egy terápiás folyamatban, amikor a páciens még nem képes a szembesülni azzal, hogy az alkotások saját lelki világát tükrözik (Antalfai 2016:268).

Az alkotásokról történő visszajelzés lehetőséget nyújt az alkotást készítő személy számára belső világának tudatos és verbális megközelítésére. Ennek következtében az energiát lekötő komplexus felszabadulhat, és megindulhat a személyiség fejlődése, növekedése, kibontakozása. Az elkészült művek közös megbeszélése lehetőséget nyújt arra, hogy a tudattalan tartalmak felismerése és átdolgozása a személy saját tempójában történjen.

Az alkotások asszociációkkal történő megbeszélése fejleszti a visszajelzést adó személy önreflexióját és önismeretét, növelik az empátiáját, mások elfogadását (Antalfai 2016:99, 268-269). A projekciós mechanizmusok működése révén az asszociációk egy része a visszajelzést adó személy működéséről és lelki tartalmáról szól, és csak részben vonatkozik az alkotóra.

Anyag és módszer

Az „Istennők nyomában – kreatív önismereti csoport" általános felépítése

A csoportban a KKM művészeti (vers, zene, képzőművészeti technikák) és pszichológiai eszközei (relaxáció és az imagináció) kerülnek alkalmazásra. A KKM tematikai egységei közül az archetipikus személyközi kapcsolatok kerülnek feldolgozásra, melyet Bolen „Bennünk élő istennők" könyvében (Bolen 2008) szereplő mitológiai történetek alapján dolgoztam ki.

A csoport összesen nyolc alkalomból áll. Hét alkalom során egy-egy istennő története (Bolen 2008) köré szerveződik a tematika. Az első két alkalom fő célja a csoportra és a belső munkára való ráhangolódás, a harmadik alkalomtól kezdődik a belső munka mélyítése, egy-egy archetipikus kapcsolatra fókuszálva. Az utolsó, nyolcadik alkalom során történik a csoport zárása.

A csoport bármikor indítható, de szeptemberben vagy januárban szerencsésebb. A havonta egyszeri ~~egy~~ alkalom 5-6 résztvevő esetén 3-3,5 óra időtartamot ölel fel.

A dekoráció

Az asztalon minden alkalommal az évszaknak, hónapnak megfelelően virágok, termések, télen kövek, kavicsok, ásványok vannak. Ezek jelenítik meg szimbolikusan a természet aktuális állapotát.

Megérkezés (kb. 20 perc)

A csoporttagok röviden visszajelzést adnak aktuális hangulatukról~~,~~ és a velük történt jelentősebb eseményekről.

Bemelegítő és lazító gyakorlat (kb. 20 perc)

Cél a csoportba való „lelki megérkezés", az oldódás/ellazulás, és az alkotói folyamatra való ráhangolódás segítése.

Általában egy egyszerű alakzat (pl. spirális kör középről indulva kifelé vagy „kívülről" indítva befelé, fekvő vagy álló nyolcas, hullám stb.) rajzolása történik (zsír-, olaj-~~,~~ vagy pasztellkrétával) (Antalfai 2016:171-172). A kb. 5-7 percig tartó rajzolást követően a csoporttagok visszajelzést adnak arról, hogy milyen érzés volt rajzolniuk, és a kép hogyan tükrözi aktuális lelki állapotukat. A csoporttagoknak erre az első képre vonatkozóan később, a visszajelzéseknél van lehetőségük asszociálni.

Általános instrukció: „Válasszatok egy színt, ami felé a kezetek visz, majd kezdjetek el vele rajzolni! Többször rajzoljátok meg a vonalakat, hagyjátok,

hogy a kezetek vezessen! Kezdetben nyitott szemmel rajzoljatok, majd, ha jól esik, csukjátok be a szemeteket! Addig rajzoljatok, amíg jólesik!" Ezt követi a csoportvezető részéről egy rövid visszajelzés kérése arról, hogy ki, milyen színt választott, és milyen érzés volt a rajzolás.

Ráhangolódás, a téma felvezetése (kb. 25-30 perc)

Minden foglalkozáson egy, Bolen (2008) „Bennünk élő istennők" című könyvében leírt istennő mitológiai története kerül bemutatásra (melyet PPT anyag kísérhet), melynek célja a csoporttagok saját élményeinek, érzéseinek, vágyainak, konfliktusainak „előhívása". Ezt követi a mitológiai történet kapcsán felmerülő pszichológiai aspektusok, feladatok ismertetése. Végül a csoporttagok reagálhatnak az elhangzottakra. Fontos, hogy ez a rész rövid legyen, hogy a felmerülő belső tartalmak ne verbalizálódjanak teljes mértékben, hanem inkább csak a tudatosulás és felismerés eszközével facilitálják a témára hangolódást, és a belső munkát.

Relaxáció, közben vers és zene (10-15 perc)

Minden alkotói folyamat relaxációval és imaginációval kezdődik, melyet az adott foglalkozás témájához kapcsolódó vers és néhány perces komolyzenei részlet meghallgatása követ. Az egyes foglalkozásokra olyan verset és zenét érdemes választani, melyek erős érzelmi töltést tartalmaznak, és a foglalkozás témájával kapcsolatos pszichés tartalmakat jelenítenek meg.

Általános instrukció: „Helyezkedjetek el kényelmesen, hogy el tudjátok lazítani a testeteket! Először egy rövid relaxációs instrukciót fogok mondani egyes szám első személyben. A testrészeitek ellazítása közben elindultok önmagatok belseje felé, és amikor megérkeztek a belső központotokba, teremtsetek meg egy belső teret, ahová beengedhetitek a verset, amit felolvasok, és a zenét, amit lejátszok. Ezt követően kihozlak titeket a relaxációs állapotból."

Szünet (kb. 15 perc)

Alkotói folyamat (technikától függően: 50-70 perc)

Minden alkalommal több alkotás téma kerül felajánlásra, melyekből a csoporttagok belső állapotuknak, hangulatuknak megfelelően választhatnak. A témakörök általánosan fogalmazva kerülnek felajánlásra, hogy a csoporttagok számára lehetőség nyíljon személyes élményeik felidézésére, az érzelmi bevonódásra, a spontaneitásra és az asszociációkra (Antalfai 2016:268).

Mindig van arra is lehetőség, hogy – belső vágyának, késztetésének utat engedve - szabadon válasszon valaki témát és technikát.

Általános instrukció: „Különböző témákat ajánlok nektek az alkotásra, melyek mellett lehetőségetek van a relaxáció során érkezett belső kép megalkotására is. Kérlek, figyeljetek a belső hangotokra, hogy melyik téma szólít meg! Engedjétek, hogy a kezetek vezessen az alkotás folyamatában, és azt ábrázoljátok, ami kikívánkozik belőletek!"

Alkotások megbeszélése (kb. 50 perc)

Az aktuálisan elkészült művek mellett ekkor kerül sor a házi feladatok megbeszélésére is. Az alkotások közös megbeszélésének célja a felismerés, a belátás, az alkotó önmagára ismerésének segítése. Az alkotónak a többi csoporttagtól kapott asszociációk, visszajelzések révén lehetősége nyílik arra, hogy alkotásának szimbolikus üzenetét felismerje, és ezt az új ismeretet a tudatba integrálja.

Az elkészült művek megbeszélésének, a visszajelzések adásának főbb szempontjai a következők (Antalfai 2016:270-273):

- a kép elrendezése, a tér kitöltése: az alkotás mennyire tölti ki a teret a lapon, és a lapon belül hol helyezkedik el,
- összbenyomás a kép hangulatáról, dinamikájáról,
- perspektíva: a valóság harmadik dimenziója, a mélység megjelenése,
- rendezettség: a kép egésze mennyire tűnik rendezettnek, harmonikusnak,
- arányosság: a kép egyes részei hogyan aránylanak egymáshoz, illetve a valós méretükhöz,
- színek használata: a színek telítettsége, intenzitása, bizonyos színek dominanciája, több szín harmóniája,
- a kép elemei: a képen megjelenő formák, alakzatok, szimbólumok,
- mozgás: a kép egészére vagy egyes részei mozgásban vannak, vagy inkább statikusságot/állandóságot/mozdulatlanságot sugallnak,
- vonalvezetés kidolgozottsága, erőteljessége, dinamikája.

Általános instrukció: „Most egyenként kitesszük a korábbi, a ráhangolódás során, és a most készült alkotásaitokat az otthoni házi feladatokkal együtt. Kérlek, nézzétek meg őket, és mondjátok el, hogy mi jut eszetekbe róla, milyen érzést, benyomást, hangulatot kelt bennetek, milyen címet adnátok? Akinek az alkotásairól beszélünk, az figyelje, melyik visszajelzés rezonál benne! Amiről úgy érzitek, nem hozzátok kapcsolódik, azt hagyjátok figyelmen kívül, mert az

valószínűleg a visszajelzést adó személyről szól. Le is írhatjátok a visszajelzéseteket, hogy később is elolvashassátok. Én utoljára osztom meg a saját benyomásaimat, és ezt követően az alkotó oszthatja meg, amit szeretne az alkotás folyamatáról, a közben átélt érzéseiről, és reagálhat a többiek asszociációira".

Zárás, házi feladat a következő alkalomra (kb. 15-20 perc)

A foglalkozások zárásaként a csoporttagok megfogalmazzák, hogy „mit kaptak", milyen felismerésre jutottak, és mit visznek magukkal.

Minden alkalom végén a csoporttagok házi feladatot kapnak. Ennek alapvető célja, hogy fenntartsák a belső munka folyamatosságát, és a csoporttagokat lelkileg előkészítse a következő témára (Antalfai 2016:174).

Az „Istennők nyomában – kreatív önismereti csoport" tematikájának - rövid bemutatása

A csoportra jelentkezőkkel ajánlott egy előzetes interjút készíteni a következő kérdések mentén:

1. Miért jelentkezik a csoportra? Mi a célja? Mit szeretne elérni?
2. Volt-e/van-e valamilyen pszichés, pszichiátriai betegsége?
3. Járt-e korábban/jár-e jelenleg pszichológushoz vagy pszichiáterhez? Szed-e valamilyen gyógyszert?
4. Jelenlegi élethelyzetéről néhány rövid mondat (életkor, munkahely, családi állapot, kikkel él stb.).

A csoport első alkalma során a résztvevők bemutatkozása és a személyes motivációjuk ismertetése után a csoporttal szerződést kötünk (találkozások időpontja és hossza, a csoportba történő be-, és kilépés lehetőségei, kommunikációs szabályok stb.), és ismertetjük az egyes alkalmak felépítését.

A következő táblázatban a csoport tematikáját mutatom be (1. táblázat). Az első oszlopban a bemelegítő/lazító gyakorlat, a másodikban a foglalkozás témáját adó istennő, a harmadik oszlopban a mitológiai történethez kapcsolódó pszichológiai aspektusok/feladatok szerepelnek, a negyedik oszlopban versek és zenék, majd az alkotásra felkínált témák és technikák, és végül a következő alkalomra szóló házi feladat van feltüntetve.

Az egyes alkalmak tematikájához kapcsolódó vers és zene csupán példaként szerepel, azokat érdemes a csoportvezetőnek saját magához és a csoport jellegzetességéhez illeszteni. Az egyes témák pozitív és negatív aspektusaihoz

kapcsolódó élmények, illetve a szülőkkel való gyermek-, és felnőttkori kapcsolat külön-külön is feldolgozásra kerülhetnek. Ebben az esetben a csoportalkalmak száma növekszik.

Az első két alkalom fő célja a csoportra és a belső munkára való ráhangolódás, az aktuális életcélok tudatosítása, és a self pozitív aspektusainak megélése révén az énerő facilitálása. A harmadik alkalomtól kezdődik a belső munka mélyítése, egy-egy archetipikus kapcsolatra fókuszálva: elsőként az anyával, majd az apával való gyermek-, és felnőttkori kapcsolat, melyet a szerelem, az elköteleződés (házasság) és anyaság témája követ. Az archetipikus kapcsolatok mellett a mitológiai történetek más fontos pszichológiai tartalmakat is felvetnek, pl. kapcsolat a tudattalannal (intuíció), a racionális működés dominanciája, az élet élvezete, személyes sikerek.

1. táblázat: Az „Istennők nyomában – kreatív önismereti csoport” tematikája

Bemelegítő és lazító gyakorlat	**Mitológiai történet a ráhangolódás alapjaként**	**Pszichológiai vonatkozások**	**Relaxáció alatti vers és zene**	**Művészetterápiás cél**	**Alkotás témái és technikái (utána: megbeszélés)**	**Zárást követő házi feladat (a következő alkalom előkészítése)**
választás kavicsokból, kövekből, kagylókból, ásványokból	Artemisz, a vadászat istennője	1.A célok szerepe és jelentősége 2.Transzgenerációs hatások 3.Születéstörténetek	Ady Endre: Az értől az óceánig Smetana: Moldva	Eddig elért „sikerek” és az aktuális életfeladatok, célok tudatosítása.	1.Mit értem el eddig? (montázs) 2.Mi a célom jelenleg, mit akarok elérni? (montázs) 3.Önarckép (kollázs)	1.egy égő gyertya lerajzolása 2.belső békét szimbolizáló tárgy lerajzolása
bentről kifele induló spirális körök (zsírkréta)	Hesztia, a házi tűzhely istennője	1.Önelfogadás, belső béke, harmónia jelentősége 2.Önbizalom és énerő 3.Saját szubjektív élményünkre, belső hangunkra figyelés	Juan Ramón Jiménez: Nevető pirkadat Mozart: Exultate jubilate („Kiálts örömödben”)	A self pozitív aspektusainak, tartalmainak megélése és megjelenítése, lehetőséget adva a korrekcióra és rekreációra.	1.Belső Fény, Belső Mosoly, Híd a Fénybe, Sötétségből a Fénybe (akvarell) 2.Tűz (akvarell vagy pasztellkréta)	1.egy virágbimbó megfigyelése, lerajzolása 2.néhány fénykép kiválasztása: „Anyukám és én” témában
Bika jele (♉) (porkréta)	Perszephóné, az Alvilág istennője	1.Anya-lánya kapcsolat pszichológiai jelentősége és alakulása 2.A kislány-kor élményei 3.Intuíció, és kapcsolat a tudattalan részünkkel	Weöres Sándor: Anyámnak Debussy: A tenger: II. A hullámok játéka	Az anyával való felnőttkori kapcsolat negatív és pozitív aspektusainak megélése és megjelenítése, lehetőséget adva a korrekcióra és rekreációra.	„Anyukám és én” felnőttkori kapcsolat (montázs, akvarell, vagy gyurma)	1.kiválasztott tavaszi fa megfigyelése és lerajzolása. 2. néhány fénykép kiválasztása „Apukám és én” témában
Ikrek jele (♊) (porkréta)	Pallasz Athéné, a tudomány, a mesterségek és a stratéga istennője	1.Apa-lánya kapcsolat pszichológiai jelentősége és alakulása	Kosztolányi Dezső: Negyven pillanatkép: 18. Apám	Az apával való felnőttkori kapcsolat negatív és pozitív aspektusainak megélése és megjelenítése,	„Apám és én” felnőttkori kapcsolat (montázs, akvarell, vagy gyurma)	1. kinyílt virág (akvarell vagy pasztellkréta) 2. első szerelemhez kapcsolódó tárgy lerajzolása

		2.Az apa, mint az „első férfi” a lány életében (nőiesség) 3.A személyiség tudatos része és racionális működése	Wagner: A walkürök lovaglása	lehetőséget adva a korrekcióra és rekreációra.		
szív alakzat (porkréta)	Aphrodité, a szerelem és a szépség istennője	1.A szerelem élménye, és pszichológiai jelentősége 2.Szexualitás, érzékiség 3.Az élet élvezete	József Attila: Áldalak búval, vigalommal Ravel: Bolero	A korábbi szerelmi kapcsolatok negatív és pozitív aspektusainak megélése és megjelenítése, lehetőséget adva a korrekcióra és rekreációra.	„Szerelem” (montázs vagy pasztellkréta)	1.feleség és férj szerepet szimbolizáló tárgy lerajzolása 2.két egymás melletti fa lerajzolása (pasztellkréta)
fekvő nyolcas (zsírkréta)	*Héra*, a házasság istennője	1.Kapcsolati elköteleződés 2.A házasság fejlődése 3.Párkapcsolati problémák, válás	Kányádi Sándor: Két nyárfa Game of Thrones	Az elköteleződéshez, a házasságkötéshez fűződő viszony, a párkapcsolatok pozitív és negatív aspektusainak megélése és megjelenítése, lehetőséget adva a korrekcióra és rekreációra.	1.Párkapcsolatom (gyurma) 2.„Házasság” (montázs) 3.Párkapcsolatai sebeim” (akvarell vagy porpasztell)	1.anyaságot jelképező tárgy lerajzolása 2.termések vagy gyümölcsök ábrázolása (akvarell vagy porpasztellkréta)
kívülről befelé induló spirális körök (zsírkréta)	Démétér, a termékenység istennője	1.Anyaszerep, anyasághoz való viszony 2.Másokról való gondoskodás 3.Személyes sikerek	Szabó T. Anna: Ahogyan Gabriel Fauré - Requiem: „In Paradisum”	Az anyaszerep negatív és pozitív aspektusainak megélése és megjelenítése, lehetőséget adva a korrekcióra és rekreációra.	1.„Anyaság” (akverell, montázs vagy gyurma) 2. „Én és gyermekem” (gyurma)	mandala (tetszőleges technika)
Csoportzárás: Alkotások megbeszélése.						

Forrás: Saját szerkesztés

Az utolsó, nyolcadik alkalom során történik a csoport zárása. Ezen a foglalkozáson a csoporttagok összes alkotását kitesszük, és a következő szempontok mentén kérünk visszajelzést: Az összes alkotást nézegetve, az alkotó belső folyamatára figyelve látnak-e visszatérő mintát vagy változást (pl. témában, hangulatban, technika választásában)? Honnan, hova jutott el az alkotó? Kapcsolódnak-e az alkotások, vagy inkább elkülönülnek? Mi emelkedik ki? Melyik kép a legjellemzőbb az alkotóra?

Az alkotó szempontjai: most milyen érzéseket tapasztal az alkotások láttán? Lát-e változást vagy ismétlődést? Mit szól a többiek visszajelzéséhez? Van-e olyan, amelyik most nagyon „megszólítja”? Tudna-e egy közös címet adni? Hova jutott el, és mivel van még „dolga”?

Összegzés: Általános tapasztalatok a művészetterápiás csoportfolyamatról

Csoportvezetőként évek óta alkalmazom személyiségfejlesztő, önismereti csoportjaimban a KKM módszereit. A tapasztalataimból néhány jellegzetesség rajzolódott ki számomra, melyek eltérnek az egyéb módszereket alkalmazó csoportoktól, és a következőkben ezeket foglalom össze.

Minden csoportnál jellemző volt, hogy a csoportfejlődésben, a csoportfolyamatban a „viharzás” szakasza (Tuckman 1965; Tuckman és Jensen 1977; idézi: Bakacsi 1996) sokkal visszafogottabban zajlott. Ennek feltehetően az az oka, hogy a csoporttagok nem közvetlenül egymásra (személyiségre és/vagy viselkedésre) adnak visszajelzést, hanem az alkotásra. A visszajelzéseknek ez a formája egyrészt lehetőséget ad arra, hogy a visszajelzést kapó személy ne a személyisége elleni „támadásnak” érezze a megfogalmazott tartalmat, másrészt annyit fogadjanak el abból, amennyit aktuálisan „elbírnak”. A „meghallott” és integrált visszajelzések tartalmai a csoportfolyamat során később készült alkotásokban jelennek meg.

A csoportok kezdeti szakaszában jellemző, hogy a csoporttagok többsége a visszajelzések során kognitív szinten közelíti meg az alkotást, és megpróbálják „kitalálni, hogy mit akarhatott az alkotó”. Az önreflexiót serkentő kérdések hatására azonban képessé válnak saját érzéseik, benyomásaik megfogalmazására, ami fokozza énerőt és az önbizalmat.

A csoportokon alkalmazott relaxációs technikát több résztvevő alkalmanként (stresszes élethelyzetben), vagy rendszeresen, „pihenésként” kezdte használni.

Javaslatok: Az „Istennők nyomában – kreatív önismereti csoport” egyéb alkalmazási lehetőségei

A csoport tematikáját alapvetően felnőtt nők számára dolgoztam ki, de módosításokkal serdülő lányok számára is adaptálható. Mivel ebben az életkorban a szülőkről való leválás elindítása, és a szülőkkel való kapcsolat átdolgozása nagyon fontos fejlődési feladat az identitás kialakítása szempontjából, az anyával és apával való kapcsolat átdolgozása több alkalmat is igénybe vehet. Érdemes a két kapcsolat pozitív és negatív aspektusait két-két alkalomra tervezni, és a verseket és zenéket ezekhez választani.

A tematika alkalmas olyan nők számára szervezett csoportok megtartására, melyekben a résztvevők női szerepeinek megélését alapvetően akadályozza valamilyen tényező. Az egyik ilyen csoport lehet a fogyatékkal élő gyermekek anyukáinak felkínált csoport, a másik csoport azon nők lehetnek, akiknek testi tünetei vagy már kialakult betegsége kapcsolódik a női szerepekhez (pl. emlődaganatos, vagy termékenységi problémákkal küzdő nők). Mindkét csoportba tartozó nők alapvetően frusztrálódnak, sérülnek feleség-, és anyaszerepükben egyaránt. Ezekben a csoportokban a feleség-, és anyaszerep témakörét érdemes több alkalomra tervezni, hogy lehetőség nyíljon az átdolgozásra és a korrekcióra.

Ezen csoportok mellett a tematika alkalmazható kórházak ambuláns vagy bent fekvő osztályain mentális betegséggel élő (Antalfai 2016:117), vagy addikcióval küzdő nők körében is. Ezekben az esetekben azonban fontosnak tartom a kettős csoportvezetést (klinikai szakpszichológussal, addiktológiai szakpszichológussal).

Felhasznált irodalom

1. Antalfai Márta (2007): Katarzis-élményre épülő tematikus művészet-pszichoterápia. In: Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh A. (szerk.): Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmányok Kulcsár Zsuzsanna tiszteletére. Budapest, Trefort Kiadó, 356-383.
2. Antalfai Márta (2016): Alkotás és kibontakozás. A Katarzisz Komplex Művészetterápia elmélete és gyakorlata. Budapest, Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány.
3. Arisztotelész (1992): Poétika. (fordította: Sarkady János) Budapest, Kossuth Könyvkiadó.
4. Bakacsi Gyula (1996): Szervezeti magatartás és vezetés. Budapest, Közgazdasági és Jogi Kiadó.
5. Bolen J. (2008): „Bennünk élő istennők". Budapest, Studium Effektive Kiadó.
6. Breuer, J.; Freud, S. (1895): Studien über Hysterie. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH .
7. Freud S. (1990): Pszichoanalízis. Budapest, Kossuth Könyvkiadó.
8. Jacobi J. (1985): Vom Bildereich der Seele. Walter-Verlag. Olten und Freiburg im Breisgau.
9. Jacobi J. (2009): C. G. Jung Pszichológiája. Budapest, Animus.
10. Juhász Litza (2009): Óvodai ismerkedés a művészettel. Új Pedagógia Szemle, 5-6. 185-190.
11. Juhász Zsuzsanna (2016): Művészeti programok és művészetterápia börtönkörnyezetben Börtönügyi Szemle 4. 83-93.
12. Jung C.G. (1997): A szellem szimbolikája. Budapest, Mérleg.
13. Jung C.G. (1999): Mandala – Képek a tudattalanból. Budapest, Édesvíz.
14. Jung C.G. (2000): Filozófusok fája. Budapest, Édesvíz.
15. Jung C.G. (2002): A pszichoterápia gyakorlata. Budapest, Scolar.
16. Jung C.G. (2008): A személyiség fejlődése. Budapest, Scolar.
17. Kast, V. (2004) Búcsú az áldozatszereptől. Budapest, Európa. 93-94.
18. Kiss Virág (2014) A vizuális művészetpedagógia és művészetterápia összehasonlítása a tanári és terapeuta kompetencia tükrében. Doktori értekezés, ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola.

19. Koronkai Bertalan (1995): Tanítások tanítója. Budapest, Animula. 238.
20. Kovács Emese; Simon Lajos (2018): A művészet, az esztétikai élmény hatása a pszichoterápiában. Magyar Művészet (1) 114-120.
21. Kris E. (1952): Psychoanalytic explorations in art. New York, International Universities Press.
22. Messner M. (2013): Art Programs in Prison: An Impact Study of Twelve Inmates in the Netherlands. Bachelor's Extended Thesis.Spring, University College Utrecht
23. Németh László (1991): Képzőművészet-terápia. In: Juhász, S., és Bíró, S. (szerk.): Nonverbális pszichoterápiák. Budapest, Animula Könyvek. Magyar Pszichiátriai Társaság, 207-228.
24. Riedel I.; Henzler, C. (2008): Maltherapie – Eine Einführung auf der Basis der Analytischen Psychologie von C. G. Jung. Stuttgart. Stuttgart.
25. Sárváry Andrea (2021): Kreativitás és önismeret - Művészetterápiás eszközök alkalmazása személyiségfejlesztő csoportokon. In: Rusinné, Fedor A. (szerk.): A tudásháromszög szolgálatában. Előítéletesség nélkül – Szakmai tisztességgel. Nyíregyháza, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar. 235-261.
26. Tuckman B.W. (1965): Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin, 63(6), 384–399.
27. Tuckman B.W.; Jensen M.A.C. (1977): Stages of small-group development revisited. Group & Organization Studies, 2(4), 419-427.
28. Vick R.M. (2003): A brief history of art therapy. In: Malchiodi, C.A. (ed) Handbook of Art Therapy. New York, Guilford Press.5-15.
29. Wheeler B.R. (2005): Music Therapy as a profession. In: Wheeler, B.R. (ed) Music Therapy Handbook. New York London, Guilford Press. 5-17.

The correlation between Bullying and Self-Esteem Among International Students: Literature review

Jebari Mariem[1]

[1]student, Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4.

INFO

Jebari Mariem
Mariemjebari21@gmail.com

Keywords
bullying,
international students,
self-esteem, mental health.

ABSTRACT

This article explores the prevalence and impact of bullying among international students, focusing on its effects on self-esteem and overall well-being. International students face unique challenges, including language and cultural barriers, social isolation, and vulnerability to exploitation, which heighten their risk of being bullied. Drawing on studies from various contexts, the article highlights the profound consequences of bullying, such as diminished self-esteem, mental health issues, and academic underperformance. The findings emphasize the need for inclusive policies and support systems in educational institutions to address this critical issue and promote resilience among international students.

Kulcsszavak
zaklatás,
nemzetközi hallgatók,
önbecsülés,
mentális egészség.

Ez a cikk a megfélemlítés elterjedtségét és hatását tárja fel a nemzetközi diákok körében, az önbecsülésre és az általános jólétre gyakorolt hatásokra összpontosítva. A nemzetközi hallgatók egyedi kihívásokkal néznek szembe, beleértve a nyelvi és kulturális akadályokat, a társadalmi elszigeteltséget és a kizsákmányolásnak való kiszolgáltatottságot, ami növeli a zaklatás kockázatát. Különböző kontextusokból származó tanulmányokra támaszkodva a cikk rávilágít a zaklatás mélyreható következményeire, mint például az önbecsülés csökkenése, a mentális egészségügyi problémák és a tanulmányi alulteljesítés. Az eredmények hangsúlyozzák, hogy az oktatási intézményekben inkluzív politikákra és támogató rendszerekre van szükség e kritikus probléma megoldásához és a nemzetközi diákok rugalmasságának előmozdításához.

This study was written on the occasion of the celebration of Hungarian Science Fair.

Introduction

The pursuit of higher education abroad has become an increasingly attractive option for students seeking better career prospects, academic excellence, and personal growth. Over the past few decades, globalization has significantly contributed to the rise in student mobility, with millions of students crossing borders each year to pursue higher education. According to the United Nations, the number of international and internal migrants for study reached 272 million and 740 million, respectively, in 2019, with numbers continuing to rise annually. Countries such as the United Kingdom, Germany, Canada, Australia, and Hungary are among the most popular destinations for international students, offering competitive academic programs, scholarships, and career opportunities. The Stipendium Hungaricum Scholarship, for instance, has attracted thousands of students from various backgrounds to Hungary, creating a culturally diverse academic environment.

However, despite the advantages of studying abroad, international students often face significant challenges that impact their overall well-being. Adapting to a new cultural environment can be overwhelming, as students must navigate differences in language, social norms, and academic expectations. Many students struggle with feelings of loneliness, homesickness, and cultural alienation, which can exacerbate stress and anxiety. Additionally, financial constraints and academic pressures further contribute to their psychological distress, making them more vulnerable to mental health issues.

One of the most pressing concerns affecting international students is bullying, which can manifest in various forms, including verbal harassment, social exclusion, and cyberbullying. Research has shown that international students are at a heightened risk of bullying due to cultural differences, language barriers, and perceived social inferiority.

Discrimination and prejudice against foreign students can lead to social isolation and a diminished sense of belonging, significantly affecting their self-esteem and mental health. Studies indicate that bullying not only hampers academic performance but also leads to long-term emotional and psychological consequences, including depression, anxiety, and suicidal thoughts.

Given the critical nature of this issue, this article aims to provide a comprehensive literature review examining the prevalence, impact, and consequences of bullying on international students. It explores how bullying affects self-esteem and mental well-being, discusses the psychological and

social implications, and offers potential solutions and recommendations for educational institutions. The findings emphasize the urgent need for inclusive policies, institutional support, and mental health interventions to ensure the well-being of international students in academic environments.

Bullying

Bullying is defined as aggressive behaviour characterized by a power imbalance and repetitive intent to harm (Bauer 2007). Olweus (1993) emphasized the repetitive nature of bullying, while Leyman (1996) underscored its persistent impact over time. Bullying can take multiple forms:

Physical Bullying: Direct harm such as hitting, pushing, or damaging property.

Verbal Bullying: Name-calling, insults, and derogatory comments.

Social Exclusion: Deliberate exclusion from social groups or activities.

Cyberbullying: Online harassment through social media or email.

These forms of bullying contribute to heightened stress levels among international students, adversely affecting their self-esteem and mental health.

Challenges Faced by International Students

International students often face a wide range of challenges that can impact on their overall well-being and academic success. These challenges are multifaceted, encompassing cultural adaptation, financial strain, academic pressures, and social integration difficulties, all of which can contribute to an increased vulnerability to bullying and its negative consequences.

One of the most significant challenges international student's encounters is the language barrier: Many students travel to countries where the primary language of instruction and daily communication differs from their native tongue. Difficulty in expressing themselves fluently can lead to misunderstandings, social exclusion, and even ridicule from peers. Studies show that language barriers significantly contribute to social isolation and academic underperformance, making students more susceptible to feelings of frustration and anxiety (Smith and Khawaja 2011).

Another major hurdle is cultural adjustment: International students must navigate new social norms, behaviours, and customs that may differ greatly from those in their home countries. Hofstede's (1980) cultural dimensions theory highlights the varying degrees of power distance, individualism versus collectivism, and uncertainty avoidance that can create friction in cross-

cultural interactions. This adjustment period can be overwhelming and can increase students' vulnerability to discrimination and bullying, as their behaviors or traditions may be perceived as "different" or "foreign" by local students.

Financial constraints also play a crucial role in the struggles of international students. Many must finance their education through scholarships, part-time jobs, or family support, which can lead to financial insecurity. The stress of managing tuition fees, accommodation costs, and daily expenses can be immense, particularly in high-cost cities where employment opportunities for international students are limited. Financial difficulties not only affect students' academic performance but also contribute to social exclusion, as they may be unable to participate in extracurricular activities or social events due to monetary concerns (Chow 2011).

Furthermore, international students often face academic pressure as they adapt to different educational systems, teaching methodologies, and assessment structures. Some students come from education backgrounds that emphasize rote memorization, while others might be accustomed to more interactive or discussion-based learning environments. The transition can be difficult, leading to self-doubt, stress, and anxiety. Research by Andrade (2006) indicates that students who struggle with academic adaptation are more likely to develop feelings of incompetence, making them easier targets for bullying and social exclusion.

Social integration remains a persistent challenge for many international students. A study by Brown and Holloway (2008) found that international students often experience difficulties forming friendships with local students, leading to social withdrawal and loneliness. This lack of social support increases their vulnerability to bullying, as they may struggle to find allies who can advocate for them in social situations. Additionally, stereotypes and biases against international students can further exacerbate social exclusion, making it harder for them to feel accepted in their new environment.

Another major issue is housing and accommodation: International students often find it challenging to secure affordable and safe housing. Some report facing discrimination from landlords or being placed in substandard living conditions. Poor housing situations can add to students' stress and feelings of isolation, particularly if they live far from campus or in neighbourhoods with little access to community support. The lack of stable housing further

exacerbates the psychological distress faced by many students, leaving them more susceptible to mental health issues and bullying.

Lastly, international students frequently experience mental health challenges, including stress, anxiety, and depression, often exacerbated by their struggles with cultural adaptation, academic expectations, and social integration. Without adequate mental health resources tailored to their specific needs, students may struggle in silence, fearing stigma or lacking knowledge of available support services. Research suggests that universities with strong mental health support networks see lower rates of bullying and social exclusion among international students, highlighting the importance of institutional intervention (Stewart 2015).

These interconnected challenges highlight the need for universities to implement robust support systems to help international students integrate and thrive in their new academic and social environments. Universities should develop targeted programs to assist with language acquisition, financial aid, academic tutoring, and mental health support. Additionally, fostering an inclusive campus culture through intercultural exchange programs can help bridge the gap between international and domestic students, reducing the risk of bullying and discrimination.

Prevalence and Impact of Bullying

Bullying among international students is a growing concern that affects their mental health, academic performance, and social integration. Several studies have highlighted the widespread nature of bullying in educational institutions worldwide. According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), approximately 23% of students report experiencing some form of bullying, with international students facing heightened vulnerability due to their foreign status (OECD 2019).

A study conducted at the University of Toledo found that nearly 50% of international students reported experiencing social exclusion, discrimination, or verbal harassment during their academic journey. Many students, particularly those from ethnic or religious minority backgrounds, face direct and indirect forms of discrimination. For instance, a survey of Saudi students studying in Western countries found that those wearing traditional attire or hijabs were more likely to be subjected to racial slurs and negative stereotyping (Ali and Bagheri 2021).

In Australia, similar patterns have been observed. A national survey by the Australian Human Rights Commission (2017) revealed that international students, especially those from Asian and Middle Eastern backgrounds, reported significantly higher levels of bullying compared to domestic students. This includes cyberbullying, verbal abuse, and social exclusion. Research by Rigby (2002) further supports these findings, indicating that minority status, lack of institutional support, and cultural differences exacerbate the severity of bullying's impact.

The problem is not limited to Western countries. A comparative study conducted in Japan and South Korea showed that international students from Africa and South Asia often face discrimination and bullying due to language barriers and cultural misunderstandings (Kim and Park 2021). The study revealed that over 40% of surveyed students experienced some form of marginalization in academic and social settings, leading to increased psychological distress and feelings of alienation.

Moreover, cyberbullying is emerging as a significant concern among international students. A study by Kowalski, Giumetti and colleagues (2014) found that cyberbullying incidents among university students have risen sharply with the increasing use of social media platforms. International students are particularly vulnerable, as they often rely on online networks for social engagement, making them easy targets for digital harassment.

The cumulative effects of bullying on international students are profound. Victims often suffer from heightened stress, anxiety, depression, and, in some cases, suicidal ideation. A longitudinal study conducted by Nishina and Juvonen (2005) demonstrated that students who experience persistent bullying show declining academic performance, reduced class participation, and social withdrawal, further exacerbating their struggles in adapting to new environments.

Given the alarming prevalence rates and significant consequences, it is crucial for educational institutions to implement comprehensive anti-bullying measures. Universities should focus on fostering inclusive environments, implementing stronger anti-discrimination policies, and providing targeted mental health support to international students. Future research should continue examining the long-term effects of bullying and evaluate the effectiveness of different intervention strategies in diverse educational contexts.

Globally, bullying is a pervasive issue. OECD reports that 23% of students are involved in bullying, while U.S. studies show that 30% experience it in some form. In a study conducted at the University of Toledo, half of the international students reported social exclusion, with many feelings isolated from local peers. A Saudi student wearing a hijab noted instances of discrimination and negative comments, illustrating the cultural dimensions of bullying.

In Australia, similar trends have been observed. Studies indicate that minority status, lack of support, and cultural differences heighten the severity of bullying's effects, which range from mental health challenges to academic underperformance (Rigby 2002). According to the Australian Human Rights Commission (2017), many international students report feeling unsafe due to verbal and social exclusion.

Consequences on Self-Esteem and Well-Being

Self-esteem, as described by Freire, Ferreira and Lima (2011), is a critical component of well-being and resilience. It reflects an individual's overall sense of self-worth and confidence, influencing both psychological and social functioning. Research consistently shows that victims of bullying experience significantly lower self-esteem, leading to increased risks of anxiety, depression, and suicidal ideation. A meta-analysis by Hawker and Boulton (2000) confirmed this trend, linking victimization to diminished self-worth and heightened susceptibility to mental health disorders.

Studies suggest that persistent bullying can erode self-esteem to the extent that individuals develop learned helplessness, a psychological state where they believe they cannot change their situation (Seligman 1972). Victims often internalize negative experiences, leading to self-doubt and difficulty forming healthy social relationships. A study by Baumeister, Campbell and colleagues (2003) found that individuals with lower self-esteem due to bullying were more prone to social withdrawal and lower academic motivation, negatively affecting their long-term educational and career outcomes.

Moreover, cyberbullying has become an emerging issue among international students, exacerbating the effects on self-esteem. Kowalski, Giumetti and colleagues (2014) found that victims of cyberbullying reported higher levels of emotional distress compared to those experiencing traditional bullying. Given that many international students rely on digital platforms for social

interactions, being subjected to online harassment can further damage their self-image and increase feelings of isolation.

A longitudinal study by Nishina and Juvonen (2005) demonstrated that students who experience chronic bullying display a gradual decline in academic performance, classroom participation, and social engagement. This decline can be attributed to heightened stress levels, which impair cognitive functioning and concentration. Similarly, Rivers, Poteat and colleagues (2009) highlighted that individuals with a history of bullying victimization often develop symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), which further impacts their emotional stability and ability to form new relationships.

The cumulative impact of bullying on self-esteem and well-being extends beyond the academic environment. Victims frequently report difficulty in professional and personal settings due to decreased self-confidence and fear of judgment. A study by Schmitt, Spears and colleagues (2003) indicated that self-esteem plays a pivotal role in cross-cultural adaptation, meaning that bullied international students may struggle with identity development and acculturation, leading to prolonged psychological distress.

Addressing the consequences of bullying on self-esteem requires a multi-faceted approach, including university-led interventions, psychological counselling, and peer support systems. Educational institutions must prioritize mental health resources, awareness programs, and inclusive policies to mitigate the adverse effects of bullying and foster resilience among international students.

Self-esteem, as described by Freire, Ferreira and Lima (2011), is a critical component of well-being and resilience. Research consistently shows that victims of bullying experience lower self-esteem. A meta-analysis by Hawker and Boulton (2000) confirmed this trend, linking victimization to diminished self-worth and increased susceptibility to mental health issues, including suicide. Conversely, some studies indicate that perpetrators of bullying may display elevated self-esteem, highlighting a complex relationship between behaviour and self-perception.

Victims of bullying often exhibit symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD). In a study by Kowalski, Giumetti and colleagues (2014), cyberbullying victims reported higher rates of emotional distress compared to traditional bullying victims. Moreover, prolonged exposure to bullying can lead to learned helplessness, a psychological state

where individuals feel powerless to change their circumstances (Seligman 1972).

Psychological and Academic Implications

Bullying has profound psychological and academic consequences for students, particularly for international students who may already face additional challenges in adapting to a new cultural environment. Research consistently demonstrates that the impact of bullying extends far beyond immediate emotional distress, with long-term repercussions on both mental health and academic performance.

Psychological Implications

The psychological consequences of bullying are well-documented in literature. Victims of bullying often experience increased levels of anxiety, depression, and social isolation (Nishina and Juvonen, 2005). These emotional struggles can significantly affect their ability to engage with others, making it harder for them to develop social support networks that are essential for emotional resilience. According to Stewart (2015), international students are particularly vulnerable because they may lack access to the same support systems that local students rely on, such as family, close friends, or familiar social institutions. In addition to heightened anxiety, bullying can lead to a diminished sense of self-worth, making it difficult for students to seek help or advocate for themselves.

The effects of bullying can lead to a variety of psychological conditions. These include post-traumatic stress disorder (PTSD), low self-esteem, and heightened emotional sensitivity (Rigby 2003). These conditions, if left unaddressed, may not only affect students' overall well-being but also hinder their ability to succeed academically. The development of such conditions may become chronic, leading to persistent mental health struggles that could extend well beyond the student's time at university.

Academic Implications

The academic performance of students who experience bullying is often compromised due to both the psychological and physical effects of such experiences. Nishina and Juvonen (2005) found that students who were bullied had lower grades and showed reduced motivation to engage in academic work. The persistent fear and anxiety associated with bullying can interfere with concentration, memory retention, and cognitive functioning, which are all

critical for academic success. Victims of bullying may become preoccupied with worries about their safety or their social standing, making it difficult for them to focus on their studies. Additionally, the stress induced by bullying often manifests physically, resulting in headaches, stomach problems, or sleep disturbances, further disrupting academic performance (Mynard and Joseph, 2000).

Moreover, bullying often leads to increased absenteeism. Social withdrawal, stemming from a fear of encountering bullies or experiencing humiliation in class, can significantly affect a student's academic progression. Studies have shown that absenteeism due to bullying leads to poor academic outcomes, as students miss out on essential learning experiences and face difficulties in catching up on missed content (Kochenderfer and Ladd 1996). In extreme cases, bullying can result in students dropping out or transferring schools, a scenario that can severely hinder their academic trajectories.

International students face unique challenges in coping with bullying due to their marginalized position within the university context. Not only are they navigating academic and cultural adjustments, but they are also often at risk of discrimination or social exclusion. Without a solid support system, international students may find it difficult to seek assistance or report bullying, which can exacerbate the psychological and academic repercussions (Stewart 2015). Moreover, many international students fear that seeking help will lead to further isolation or stigmatization, particularly if they perceive a lack of cultural sensitivity within available support services.

The challenges that international students face is compounded by the lack of familiarity with the university's mental health services or student support systems. In some cases, language barriers or cultural differences can prevent students from effectively communicating their distress or seeking appropriate interventions (Liu 2017). As a result, the failure to address bullying early on can result in long-term psychological distress, including chronic anxiety, depression, and post-traumatic stress.

Long-Term Psychological and Academic Effects

The long-term psychological effects of bullying among international students can extend well beyond their academic years. Studies show that victims of bullying are more likely to experience ongoing mental health issues such as depression, anxiety, and poor self-esteem (Hawker and Boulton 2000). If these issues are not addressed in a timely and effective manner, they may interfere

with students' ability to succeed in the workplace and form meaningful relationships in the future. Furthermore, these unresolved psychological struggles may perpetuate cycles of isolation and disengagement, limit students' potential and affecting their overall well-being.

Academic performance can also be compromised in the long term, as the early impacts of bullying may discourage students from engaging in academic challenges and pursuing further educational opportunities. In some cases, the psychological damage caused by bullying may cause students to question their academic abilities, which can lead to a lack of confidence in their future endeavours (Nishina and Juvonen 2005). Without appropriate support and intervention, bullying can leave lasting scars on students' academic careers, preventing them from reaching their full potential.

The impact of bullying on both the psychological and academic well-being of international students is undeniable. Given the heightened vulnerability of this group, it is crucial for universities to implement effective strategies to address bullying and provide robust support systems for students who may be struggling. This includes fostering inclusive environments that prioritize mental health services and social support and offering interventions that promote resilience and recovery from bullying experiences. Without such interventions, the long-term consequences of bullying can significantly hinder the academic and personal development of international students, perpetuating cycles of distress and underachievement.

Institutional and Policy Recommendations

Support Networks: Mentorship Programs

Establishing mentorship programs is a proven strategy to help international students acclimate to their new environment and reduce instances of bullying. Senior students or peers can guide newcomers through the challenges of cultural adjustment, academic expectations, and social integration.

Research by Brown and Holloway (2008) highlights the effectiveness of peer support initiatives in reducing bullying incidents. Their study at the University of Melbourne found that international students who participated in mentorship programs reported feeling more supported and less isolated, leading to a significant decrease in bullying incidents. Similarly, Karcher and Hansen (2014) emphasize the role of peer mentoring in fostering a sense of belonging, which is critical for the well-being of international students.

Institutions should formalize mentorship programs by pairing incoming international students with trained senior mentors. These mentors should receive training on cultural competence and conflict resolution to ensure they can provide effective support.

Cultural Sensitivity Training: Fostering Inclusion

Cultural sensitivity training is essential to raise awareness among local students and staff about the challenges faced by international students. Such training can help reduce stereotypes, prejudices, and microaggressions that often contribute to bullying.

According to Pedersen Crethar and Carlson (2011), cultural sensitivity training can significantly improve intercultural communication and reduce instances of discrimination. Their study found that students who participated in such training were more likely to engage in inclusive behaviours and less likely to engage in bullying. Additionally, Deardorff (2006) emphasizes the importance of intercultural competence in creating inclusive educational environments.

Institutions should mandate cultural sensitivity training for all students, faculty, and staff. Workshops, seminars, and interactive activities can be used to promote understanding and empathy among the campus community.

Anti-Bullying Policies: Enforcing Strict Regulations

Clear and enforceable anti-bullying policies are crucial to creating a safe environment for international students. These policies should explicitly address discrimination, harassment, and bullying based on race, ethnicity, nationality, or cultural background.

A study by Smith and Khawaja (2011) found that schools with well-defined anti-bullying policies experienced fewer incidents of bullying. The study also highlighted the importance of consistent enforcement and transparency in addressing complaints. Similarly, Olweus (1993) emphasizes the role of institutional commitment in reducing bullying through policy implementation.

Institutions should develop and publicize comprehensive anti-bullying policies that include clear definitions, reporting mechanisms, and consequences for perpetrators. Regular audits and reviews of these policies can ensure their effectiveness.

Mental Health Resources: Tailored Counselling Services

International students often face unique mental health challenges, including culture shock, homesickness, and the stress of adapting to a new academic system. Providing culturally sensitive counselling services can help address these issues and mitigate the impact of bullying.

Research by Yeh and Inose (2003) highlights the mental health challenges faced by international students, including anxiety, depression, and feelings of isolation. They argue that culturally tailored counselling services are essential to address these issues effectively. Similarly, Mori (2000) emphasizes the importance of providing mental health resources that are accessible and culturally appropriate.

Institutions should offer counselling services specifically designed for international students, including multilingual counsellors and culturally relevant support groups. Workshops on stress management and resilience-building can also be beneficial.

Anonymous Reporting Systems: Ensuring Safety

Many students may hesitate to report bullying due to fear of retaliation or stigma. Anonymous reporting systems can provide a safe and confidential way for students to report incidents without fear of repercussions.

A study by Fenaughty and Harré (2003) found that anonymous reporting systems increased the likelihood of students reporting bullying incidents. The study also highlighted the importance of ensuring that reports are followed up promptly and effectively. Similarly, Rigby (2007) emphasizes the role of trust and confidentiality in encouraging students to seek help.

Institutions should implement anonymous reporting systems, such as online platforms or hotlines, to allow students to report bullying incidents safely. These systems should be widely promoted and easy to access.

University of Melbourne – Peer Support Initiatives to Combat Bullying

The University of Melbourne has been at the forefront of implementing peer support initiatives aimed at addressing bullying and promoting well-being among its student population, particularly international students. A significant body of research highlights the effectiveness of such programs in reducing bullying incidents and fostering a sense of belonging among students from diverse backgrounds.

One of the most notable studies in this area is Brown and Holloway's (2008) work, which explored the role of mentorship programs in mitigating the negative impacts of bullying and isolation faced by international students. The study found that international students who engaged in peer mentoring and support systems experienced a stronger sense of connection to the university community, which in turn helped reduce feelings of alienation and vulnerability to bullying.

Brown and Holloway (2008) specifically noted that mentorship programs offered a structured way for students to engage with both local and international peers, which helped bridge cultural gaps and foster mutual understanding. The study revealed that students who participated in these programs reported not only a reduction in bullying incidents but also an increase in their overall academic and social satisfaction. The peer mentors themselves also benefited, gaining leadership and interpersonal skills that contributed to their personal development.

Additionally, the research highlighted the significance of institutional support and commitment to creating a safe and inclusive environment. The University of Melbourne has been proactive in this regard, embedding anti-bullying strategies within its wider diversity and inclusion framework. By ensuring that peer support programs were consistently promoted and integrated into the student experience, the university helped establish a culture of respect and solidarity.

Further studies on the effectiveness of peer support programs align with Brown and Holloway's findings. For instance, Smith found that peer-led initiatives are among the most effective strategies for reducing bullying, particularly when institutional policies strongly back these efforts. Their research underscores that mentorship and peer support programs contribute not only to decreasing bullying but also to improving mental health outcomes for students who might otherwise feel marginalized.

The University of Melbourne's focus on fostering an inclusive campus culture has also been a critical factor in ensuring the success of these initiatives. By actively involving students in the design and delivery of mentorship programs, the university ensures that these efforts resonate with the unique needs of its diverse student body. This involvement also promotes greater awareness of the importance of respect, inclusion, and solidarity across the campus.

Moreover, peer support initiatives help address the underlying causes of bullying, such as cultural misunderstandings, isolation, and lack of social integration. By providing international students with a sense of community and a support network, these programs alleviate the pressures that might lead to bullying behaviours. The emphasis on developing empathy, building cross-cultural communication skills, and promoting mutual respect creates a conducive environment for reducing negative interactions and improving the overall student experience.

The case of the University of Melbourne demonstrates the profound impact that peer support initiatives can have on reducing bullying among international students. By fostering a more inclusive, supportive, and connected student community, mentorship programs contribute significantly to the well-being of students and the creation of a safer campus environment. As shown in the research by Brown and Holloway (2008), the effectiveness of these programs is directly linked to institutional commitment and the active involvement of students in shaping the university's anti-bullying efforts. This case serves as a model for other institutions looking to address bullying and support the mental health and integration of international students.

Conclusion

The article underscores the profound and often devastating correlation between bullying and diminished self-esteem among international students, shedding light on the complex and multifaceted challenges they encounter in foreign academic environments. For many international students, the journey to study abroad is driven by aspirations for academic excellence, cultural enrichment, and personal growth. However, this experience is frequently marred by a host of adversities, such as language barriers, cultural alienation, financial strain, and social isolation, which complicate their ability to integrate into their new academic and social environments. These challenges not only make them more vulnerable to bullying but also exacerbate the psychological and academic repercussions of such experiences, leading to a cascade of negative outcomes that impact both their short-term well-being and long-term success.

International students, particularly those from non-Western countries or underrepresented backgrounds, often find themselves at the mercy of various forms of bullying, including verbal harassment, social exclusion, physical intimidation, and increasingly, cyberbullying. These experiences can be deeply traumatizing, leaving lasting emotional scars and a profound sense of

helplessness. Bullying, whether overt or covert, strikes at the core of a student's self-worth, undermining their confidence, and making it difficult to engage fully in their academic pursuits. The psychological toll of such victimization is severe, leading to mental health disorders such as anxiety, depression, and in extreme cases, suicidal ideation. These effects can be compounded by the stress of academic pressures, as well as the difficulties associated with adjusting to a new cultural context. The article highlights that the emotional damage inflicted by bullying extends far beyond the immediate experience, often altering a student's sense of identity and belonging, both within their academic institution and in their broader social environment.

In addition to the psychological harm, the article emphasizes how bullying severely compromises academic performance, further exacerbating the cycle of distress. Victims of bullying may struggle with concentration, leading to poor academic performance, absenteeism, and a profound loss of motivation. Their ability to focus on studies is often impaired by the emotional weight of their experiences, and they may become increasingly withdrawn and disengaged from both classroom activities and campus life. This isolation not only affects their grades but also hinders their overall academic trajectory, making it more difficult for them to achieve their educational goals. As a result, the long-term consequences of bullying can have significant ramifications for their future careers, as students' self-esteem and confidence take a direct hit, leading to reduced aspirations and a sense of inadequacy in their chosen field.

The findings underscore that the consequences of bullying extend far beyond the immediate emotional harm and psychological distress that students experience. In fact, bullying can have long-lasting effects that permeate various aspects of a student's life. The article reveals that these effects can influence their career trajectories, as victims of bullying may develop a diminished sense of self-worth that persists long after the bullying itself has subsided. Moreover, these experiences can severely impact interpersonal relationships, both during their time at university and after graduation, as students who have been bullied may struggle to trust others or feel comfortable in social settings. Their ability to form supportive networks, both personally and professionally, is often compromised, further contributing to the long-term impact of bullying on their overall well-being. These enduring consequences highlight the urgent need for universities to address bullying with greater urgency and accountability.

Institutional negligence and a lack of culturally sensitive support systems exacerbate these issues, leaving many international students to navigate their struggles in silence. When universities fail to provide the appropriate resources or fail to take bullying seriously, students often feel powerless and unsure of where to turn for help. This sense of isolation can prevent students from seeking support, further entrenching feelings of alienation and self-doubt. Additionally, the lack of cultural competence among staff and peers can lead to misunderstandings and a lack of empathy for the unique challenges faced by international students. In many cases, these students are not equipped with the tools or networks necessary to advocate for themselves, which can leave them vulnerable to ongoing abuse and neglect.

However, the article offers actionable solutions to mitigate the harmful effects of bullying, advocating for a range of proactive strategies to address these issues. One of the key recommendations is the implementation of mentorship programs, which can provide international students with a supportive and trusted network of peers who are familiar with the challenges they face. These programs not only offer emotional support but also help to guide students through the academic, cultural, and social challenges of studying abroad. Research shows that students who participate in mentorship programs report feeling more integrated into campus life, more confident in their academic pursuits, and less vulnerable to bullying. Mentorship has also been shown to foster resilience, as it creates opportunities for students to build strong interpersonal connections and gain a sense of community that reduces isolation.

Additionally, cultural sensitivity training is vital for both staff and students, helping to foster an inclusive and respectful environment that values diversity. This training can help prevent microaggressions, promote empathy, and create a more understanding atmosphere where all students, regardless of their cultural background, feel valued and respected. Furthermore, universities must prioritize robust anti-bullying policies that are clearly communicated to all students and staff. These policies should not only outline the consequences of bullying but also provide clear channels for reporting incidents, ensuring that students feel safe and supported when they seek help.

Access to mental health resources is also a critical component of any intervention strategy. The article emphasizes the importance of providing accessible counselling services, workshops, and peer support groups to help students cope with the emotional and psychological effects of bullying. Mental

health support must be culturally sensitive and available to students in a variety of formats, including virtual consultations, to ensure that students are able to seek help regardless of their location or circumstances.

Case studies, such as the University of Melbourne's peer support initiatives, demonstrate the efficacy of structured interventions in fostering inclusivity, building resilience, and reducing the prevalence of bullying. These initiatives have shown that when institutions commit to addressing bullying through mentorship, community-building efforts, and comprehensive support systems, students are more likely to feel supported and less isolated, ultimately improving their overall well-being.

Ultimately, addressing bullying among international students requires a holistic approach that combines institutional accountability, community engagement, and proactive support mechanisms. Universities must prioritize inclusive policies, intercultural dialogue, and mental health advocacy to create environments where all students can thrive. By confronting this critical issue head-on, educational institutions can not only reduce the incidence of bullying but also uphold their commitment to diversity, equity, and the holistic development of their student populations. Future research should continue to explore the intersection of cultural adaptation and bullying, as well as evaluating the long-term outcomes of intervention strategies. This ongoing inquiry will be essential for refining approaches and ensuring that universities remain responsive to the evolving needs of their diverse student populations. Through sustained efforts and meaningful collaboration, universities can play a pivotal role in creating safer, more inclusive spaces for international students, ensuring that their academic journeys are characterized by support, belonging, and success.

References

1. Ali S.; and Bagheri A. (2021): Discrimination and resilience: Experiences of Saudi students in Western universities. Journal of International Education, 15(3), 45–67.
2. Andrade M. S. (2006): Academic adaptation challenges among international students. Journal of Studies in International Education, 10(4), 321–335.
3. Australian Human Rights Commission. (2017). National survey on bullying among international students.
4. Baumeister R. F.; Campbell J. D.; Krueger J. I., and Vohs K. D. (2003): Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? Psychological Science in the Public Interest, 4(1), 1–44.
5. Bauer N. S. (2007): Bullying in educational settings: Definitions and dynamics. Academic Press.
6. Brown L; & Holloway I. (2008): The adjustment journey of international students: Peer support as a mediator of bullying. Higher Education Research & Development, 27(3), 247–260.
7. Chow H. P. (2011): Financial stress and academic performance among international students. Journal of Student Affairs Research and Practice, 48(2), 215–234.
8. Deardorff D. K. (2006): Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. Journal of Studies in International Education, 10(3), 241–266.
9. Fenaughty J.; & Harré N. (2003): Anonymous reporting systems in addressing bullying. Journal of School Violence, 2(4), 27–44.
10. Freire T.; Ferreira G.; and Lima I. (2011): Self-esteem and well-being in adolescents. Journal of Youth Studies, 14(6), 685–700.
11. Hawker D. S. and Boulton M. J. (2000): Twenty years of research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41(4), 441–455.
12. Hofstede G. (1980): Culture's consequences: International differences in work-related values. California, SAGE Publications

13. Kim J.; & Park S. (2021): Cultural misunderstandings and bullying in East Asian universities. Asian Journal of Social Psychology, 24(2), 123–139.
14. Kowalski R. M.; Giumetti G. W.; Schroeder A. N.; and Lattanner, M. R. (2014): Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17(7), 377–384.
15. Liu M. (2017): Addressing mental health barriers among international students. Journal of International Students, 7(3), 725–741.
16. Mynard H.; and Joseph S. (2000): Development of the multidimensional peer-victimization scale. Aggressive Behavior, 26(2), 169–178.
17. Nishina, A.; and Juvonen J. (2005): Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. Child Development, 76(2), 435–450.
18. OECD. (2019): Bullying in educational institutions: Global trends and policies. Paris, OECD Publishing.
19. Olweus, D. (1993). Bullying at school: What we know and what we can do. Oxford, Blackwell Publishing.
20. Pedersen P. B.; Crethar H. C.; and Carlson J. (2011): Cultural sensitivity training in educational settings. Journal of Multicultural Counseling and Development, 39(3), 130–141.
21. Rigby K. (2002): Bullying in schools: Addressing desires, not just behaviors. Educational Psychology Review, 14(1), 615–632.
22. Rivers I.; Poteat V. P.; Noret N.; and Ashurst N. (2009): Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. School Psychology Quarterly, 24(4), 211–223.
23. Schmitt M. T.; Spears, R.; and Branscombe N. R. (2003): Constructing a minority group identity out of shared rejection. Social Psychology Quarterly, 66(3), 240–253.
24. Seligman M. E. P. (1972): Learned helplessness. Annual Review of Medicine, 23(1), 407–412.

25. Smith, P. K.; and Khawaja N. G. (2011): A review of the acculturation experiences of international students. International Journal of Intercultural Relations, 35(6), 699–713.
26. Stewart M. (2015): Mental health support for international students: A review of institutional practices. Journal of College Student Development, 56(5), 467–482.
27. Yeh C. J.; and Inose M. (2003): International students' reported English fluency, social support satisfaction, and social connectedness. Journal of International Students, 3(1), 25–34.

ISBN 978-963-615-267-3