

Lelki egészségfejlesztés

elmélet, kutatás és beavatkozási lehetőségek



Lippai László

Lippai László

LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

elmélet, kutatás és beavatkozási lehetőségek

Lippai László

LELKI EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

elmélet, kutatás
és beavatkozási lehetőségek



Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó
Szeged, 2022

Borító:

<https://www.flickr.com/people/sefracorrea/>

Lektorálta:

Dr. habil. Tarkó Klára

© Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar
Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 2022

ISBN 978-615-5946-62-2 (pdf)

TARTALOM

Előszó.....	7
--------------------	----------

I. Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztési Műhelyhez kapcsolódó írásokból

Előszó helyett... bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez	13
--	----

Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten: a hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai.	21
--	----

A művészetek és a holisztikus egészség: a művészettel nevelés módszertanának egészségfejlesztési jelentősége.	41
--	----

II. Szemelvények a lelki egészségfejlesztés gyakorlatához kapcsolódó írásokból

A stressz és a holisztikus egészség: mindennapi terhek, jóleső izgalmak és megküzdési módok	55
---	----

A boldogság jelentősége a lelki egészség fejlesztésében	67
---	----

III. Szemelvények a lelki egészségfejlesztés magatartás-gazdaságtani megközelítéséhez kapcsolódó írásokból

Az önkontroll jelensége magatartás-gazdaságtani és pszichológiai perspektívából.	79
---	----

Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntések elemzése a lehetőségelmélet tükrében	99
---	----

A testalkat jelentősége a gazdaságban	121
---	-----

ELŐSZÓ

Az Egészségügyi Világszervezet már 1986-ban megfogalmazta, hogy egészségsélyeink alakulásában életmódunk döntő szerepet játszik. E szakmai felismerés, *egészségfejlesztés* néven, olyan tudományos és egyben társadalmi kezdeményezéssé is vált, amely az egészségsélyeket meghatározó életmódelemek azonosítását, és egyúttal az életmódot befolyásoló egyéni és társadalmi tényezők tudatos fejlesztését tűzte ki célul. Kiindulópontja tehát az, hogy egészségünkre mindennapi szokásaink döntő mértékben hatnak, ezért az egészségfejlesztés kihívásának az egészségügyi ellátó rendszer *önmagában* szinte biztos nem képes megfelelni. Ezért az egészségfejlesztés kezdetektől fogva számos tudományág – többek közt az orvostudomány, szociológia, pszichológia, pedagógia, gazdaságtudomány – és a társadalmi élet számos területét képviselő szakemberek – többek közt az orvosok, pedagógusok, szociológusok, pszichológusok, politikusok, lelkeszek, védőnők, szociális munkások – együttműködésének terepe volt.

A *lelki egészség* az egészségfejlesztő szemléletmód alapját képező holisztikus egészségkoncepció szerves és integrált részét képezi. Azonban, a lelki egészség megrendülésével járó népegészségügyi problémák előtérbe kerülésével, valamint a szubjektív jól-lét (well-being) kérdésének hangsúlyosabbá válásával megjelent az igény a lelki egészségre fókuszáló egészségfejlesztő beavatkozásokra is.

Ez a kötet arra a nézőpontra épül, ami a lelki egészségfejlesztést olyan speciális egészségfejlesztő beavatkozásnak tekinti, mely a holisztikus egészség mentális, érzelmi és spirituális dimenzióiban erősíti az egyéneket és közösségeket, elsősorban az adott egyén vagy közösség életmódjában megjelenő erőforrások célzott használatával vagy azok fejlesztésével. Ebből adódóan a lelki egészségfejlesztésben is kiemelt szerepe van az életmódnak, tipikusan az aktív szabadidő-eltöltés, az időgazdálkodás, a munkafeladatok és a munkakörülmények alakítására, valamint a társas kapcsolatokat meghatározó szokások formálására irányul.

Mindemellett, a lelki egészségfejlesztésben prevenció – tehát mentálhigiénés – feladatok ellátására is szükség lehet. Fontos kiemelni, hogy *a lelki egészségfejlesztés nem pszichoterápia*, tehát a megrendült lelki egészségi állapot helyreállítása, gyógyítása nem tartozik a lelki egészségfejlesztés kompetenciakörébe. Azonban, *a mindennapi élet keretei közt megvalósuló lelki egészségfejlesztés* a kedvezőtlen személyiségfejlődési tendenciák korai felismerésével, az egészségkárosító

magatartásformákból adódó károk mérséklésével, vagy éppen a szociális rehabilitáció támogatásával az egészségügyi ellátó rendszer hatékonyabb működését is segíti.

A lelki egészségfejlesztés csapatmunka. Számos szak- és tudományterület együttműködése révén lehet csak hatékony. Épp ezért e lelki egészségfejlesztésről szóló könyv esetében is kiemelendő, hogy a bemutatott eredmények szorosan kötődnek azokhoz a kutatói közösségekhez, ahol a szerző az elmúlt 10 évben kutatói, oktatói és hálózatépítő tevékenységét folytatta. Olyan kutatói teamekhez, melyek mindegyikében színvonalas és értékes műhelymunka zajlott. *E kutatói közösségek minden tagjának köszönettel tartozom a közös munkánk során kapott inspirációkért, tapasztalatokért és támogatásért.*

A kötet első része a Szegedi Egészségfejlesztés Műhelyhez kötődő írásokat tartalmaz. Ez a multidiszciplináris kutatóműhely a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karán működik, és az elmúlt három évtizedben számos alap- és alkalmazott kutatási projekttel vitte előre a hazai egészségfejlesztés, lelki egészségfejlesztés és mentálhigiéné tudományos igényű vizsgálatát.

Ebben a Műhelyben együtt dolgozhattam Prof. Emer. Benkő Zsuzsannával, aki nemcsak az 'egészségfejlesztés' kifejezést meghonosította meg Magyarországon, hanem hitelesen képviseli az egészségfejlesztés rendszerszemléletű, a szak- és tudományterületek közti együttműködést hangsúlyozó szemléletmódját is. A szemelvénykötetben található első írás „*Előszó helyett... Bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez*” címmel íródott, és a Dr. habil. Tarkó Klára és Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna szerkesztésével készült „*Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége*”: *Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely mukáiból*” kötetben jelent meg. Az idézett részben olvasható elméleti bevezetés nemcsak az egészségfejlesztő szemléletmód összetettségére és sokrétűségére világít rá, hanem a Szegedi Egészségfejlesztési Műhelyben meghatározó értékekre és az itt elsajátítható tevékenységek sokféleségére is. E szemléletmód elsajátításában és alkalmazásában számomra felbecsülhetetlen értékű segítséget, támogatást kaptam Benkő Zsuzsánától, melyért ezúton is köszönettel tartozom.

A Szegedi Egészségfejlesztés Műhelyből szakmai fejlődésem szempontjából szintén sokat köszönhetek Dr. Erdei Katalinnak. Ezt példázza a kötetben található közös írásunk, amelyben a kutatóműhelyünk hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérő kutatásának eredményeit elemeztük. Ekkor tanultam meg Erdei Katalintól,

hogy a kutatómunka során mennyire lényeges a gyakorlati relevanciát is szem előtt tartani. Fontos szakmai visszajelzésnek tartottuk azt is, hogy eredményeinek megjelenhettek a *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* című nívós szakmai folyóiratban is. A tanulmányban bemutatott Mentális Állapotfelmérő Kérdőívünk azóta szerves részévé vált oktatási programjainknak is, ami számomra iskolapéldaként szolgál arra, hogy a színvonalas kutatás miként viheti előre a lelki egészségfejlesztés gyakorlatát is.

A Szegedi Egészségfejlesztés Műhely harmadik meghatározó tagja Dr. habil. Tarkó Klára, akinek a - számomra példaértékű - kutatómódszertani jártassága, precizitása és szakmai nyitottsága jelentősen erősíti a Szegedi Egészségfejlesztés Műhelyben folyó kutatómunka minőségét. Tarkó Klarával és Nádudvari Gabriellával együtt írt közös tanulmányunk jól illusztrálja, hogy a lelki egészségfejlesztésben milyen kutatási lehetőségek vannak a jövőben is. E tanulmány erősített meg bennünket abban, hogy az akkoriban kidolgozásra kerülő Mentálhigiénés közöség- és kapcsolatépítő mesterszakban milyen nagy jelentősége van az aktív szabadidő-eltöltésnek, és ezen belül a művészeteknek is.

A kötet második részében két olyan szemelvény kapott helyt, amely a Szeged-Csanádi Egyházmegyében működő Szent Gellért Katolikus Iskolai Főhatóság támogatásával megvalósult *egészségfejlesztő mentálhigiénés egyházmegyei projekt* kapcsán íródott. A projekt léptékét mutatja, hogy Békés, Csongrád-Csanád és Jász-Nagykun-Szolnok megye területén 35 óvoda, 38 általános iskola 5 középiskola, 5 középiskolai kollégium és 1 alapfokú művészeti iskola bevonásával zajlott. A 2021-ben lezárult projekt keretében, Barabás Hunorné főigazgató asszony példaértékű támogatásával módunk nyílt arra, hogy a SzeGeKIF-hez tartozó köznevelési intézmények az igazgatóinak és pedagógusaink körében egészségfejlesztő mentálhigiénés hálózatépítő tevékenységet folytathassunk. A Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna szakmai vezetésével, és Dr. habil. Tarkó Klára intézetvezető asszony projektkoordinációjával megvalósult projektben nemcsak szakmai továbbképzések zajlottak, hanem 2019-ben egy hiánypótló szakmai kiadvány is megjelenhetett: „Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv” címmel. A jelen kötetben található két szemelvény a lelki egészségfejlesztés módszertanának elméleti hátterébe enged betekintést.

Köszönettel tartozom a hálózatépítő munkában résztvevő igazgatóknak és pedagógusoknak a körükben szerzett tapasztalataimért, Barabás Hunorné főigazgató asszony támogatásáért, valamint Prof. Emer. Benkő Zsuzsannának, Dr. habil. Tarkó Klárának, Dr. Erdei Katalinnak, Dr. Osváth Violának, Dr. Pálmai Juditnak,

Kis Bernadettnek, Mátó Veronikának és Tóth Erikának azért a szakmai teammun-
káért, melynek inspirációi beépültek ezekbe a fejezetekbe.

A kötet harmadik része a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar
Közgazdaságtan Doktori Iskola gazdaságpszichológiai alprogramjához kötődik.
Az doktori képzés keretében, Prof. Dr. Garai László identitásgazdaságtana révén,
megismerkedhettem a gazdasági jelenségeket alakító pszichológiai változók jelen-
tőségével. És ez nem csak gazdaságpszichológiai szempontból volt számomra érde-
kes. Garai professzor úr erősített meg abban, hogy érdemes és fontos határterületi
kutatásokban gondolkozni. Ezért mertem vállalni doktori tanulmányaim során azt
a számomra nagy kihívást jelentő célkitűzést, hogy a közgazdaságtan, a pszicholó-
gia és az egészségfejlesztés határterületén végezzek kutatásokat.

E célkitűzés megvalósításához szükséges közgazdaságtani alapokat Prof. Dr.
Hámori Balázsnak köszönhetem. A magatartás-gazdaságtanban új távlatok nyitó
érzelemgazdaságtana révén Hámori professzor úr nyitott volt olyan témák vizs-
gálatára is, mint az egészségmagatartást alakító fogyasztói döntések vizsgálata, a
fogyasztói önkontroll kérdése, vagy az egészségkárosító magatartásformák maga-
tartás-gazdaságtani vetülete. Vitathatatlan érdeme az is, hogy közösségteremtő
tevékenységével elérte, hogy a doktoranduszok amúgy laza közössége valódi tudo-
mányos műhelyként kezdjen működni. És máig hálás vagyok Hámori professzor
úrnak azért, hogy nemcsak munkásságára építhettem, hanem személyes támoga-
tására is.

Ebből az időszakból három, a lelki egészségfejlesztés magatartásgazdaságtani
aspektusait felvillantó tanulmányt válogattam be. Az első fejezet a doktori disz-
sertációm fogyasztói önkontrollhoz kapcsolódó eredményeit foglalja össze. Nagy
megtiszteltetésnek tartom, hogy ez az írás a *Pszichológia* című mértékadó szakmai
lapban is megjelenhetett. A másik két tanulmány ötlete a témakeresés rögzös útján
született, de már a disszertáció után kerültek kidolgozásra.

Köszönettel tartozom továbbá az Akadémiai Kiadónak, a Juhász Gyula Felsőok-
tatási Kiadónak és a Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Karának
azért, hogy a szemelvények alapját képező publikációk másodközléséhez hozzá-
járultak.

Szeged, 2022. január.

Lippai László

I. SZEMELVÉNYEK A SZEGEDI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MŰHELYHEZ

ELŐSZÓ HELYETT... BEVEZETÉS AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBE, AVAGY MIKÉNT JÁRUL HOZZÁ A TUDOMÁNY AZ EGÉSZSÉGES ÉLET MŰVÉSZETÉHEZ¹

Kötetünk² megjelenése előtt harminc esztendővel, 1986-ban az Egészségügyi Világszervezet megtartotta első nemzetközi *egészségfejlesztési* konferenciáját. Ez a szakmai fórum, ennyi idő távlatából ezt már biztosan kijelenthetjük, több szempontból is meghaladta korát. Egyrészt, az ott zajló viták hevében sikerült egy olyan egységes fogalmi keretet kialakítani, ami életképes és egységes nemzetközi törekvéssé alakította az addig elszórtan, széttagoltan formálódó egészségfejlesztési törekvéseket. Másrészt, a szerteágazó egészségfejlesztő tevékenységek rendszerezésével úgy sikerült cselekvésre motiválni az érintetteket, hogy a tudományos, módszertani és szakmabeli különbözőségeken felülemelkedve mindenki az egységes fogalmazódott meg, hogy van valamilyen közös, egységes cél. Ennek tükré a kanadai konferencia záródokumentuma, az Ottawa Charta, ami mind a mai napig az egészségfejlesztés meghatározó mérföldkövének számít.

Az Ottawa Charta egészségfejlesztési szemléletére döntő hatást gyakorolt a kanadai *Lalonde Jelentés*. Ez a beszámoló annak a multidiszciplináris kutatócsoportnak az eredményeit összegzi, amely Marc Lalonde kanadai egészségügyi miniszter kezdeményezésére azt vizsgálta, hogy milyen tényezők befolyásolják leginkább a kanadaiak egészségét. Az 1970-es évek derekán zajló kutatások legmeglepőbb tanulsága az volt, hogy a kanadai *lakosság egészségi állapotának javításához önmagában nem elegendő az egészségügyi ellátó rendszer fejlesztése* (Lalonde, 1981).

Miért nem? Részben azért, mert még egy olyan fejlett országban is mint Kanada, az egészségügyi ellátó rendszer legnagyobb terhét olyan betegségek gyógyítása jelenti, melyek elsősorban a környezetszennyezéshez és a viselkedéses rizikótényezőkhez köthetőek (Lalonde, 1981). A már kialakult krónikus betegségek hatékony

1 Lippai László (2016): Előszó helyett... bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez. In Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (szerk.): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 9-22. Másodközlés a Kiadó engedélyével.

2 A hivatkozott mű: Tarkó Klára és Benkő, Zsuzsanna (2016, szerk.): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.

kezelése nehéz és költséges, a megelőzés szempontjából viszont az egészségügyi ellátó rendszer önmagában tehetetlen.

Másrészt, történelmi távlatból – az elmúlt kétszáz év változásait szemlélve – az is megállapítható, hogy a nyugati társadalmakban a lakosság egészségi állapotának javulása főként a nagyobb anyagi biztonságra, az iskolázottsági szint emelkedésére és a közegészségügyi rizikótényezők hatékonyabb kezelésére (pl. köztisztaság, hulladékgazdálkodás) vezethető vissza. Könnyen belátható, hogy az egészségügyi ellátó rendszer ezeket a szocioökonómiai tényezőket csupán csekély mértékben képes befolyásolni.

Ezért fogalmazódott meg az igény egy olyan kezdeményezésre, amely a már kialakult betegségek kezelésére koncentrááló egészségügyi ellátó rendszer *mellett* – a rendelők, kórházak, műtők falain kívül – tesz valamit azért is, hogy az emberek természeti és társadalmi *Környezete* is egészségesebbé váljon, valamint az individuális egészségmagatartást alakító *Életmódra* is hatást gyakorol (Lalonde, 1981).

A Lalonde Jelentésben megfogalmazott összefüggések nemcsak Kanadában, hanem világszerte arra hívták fel a szakemberek figyelmét, hogy a lakosság egészségének javítása érdekében – az egészségügyi ellátó rendszer szerepére fókuszáló megközelítést meghaladó módon – más szemléletmódra van szükség. Ez a törekvés, immár nemzetközi szinten, azon a WHO konferencián is megjelent, amely az Ottawa Chartát eredményezte. Ebben a dokumentumban fogalmazódott meg először az, hogy *az egészségfejlesztés folyamata azt segíti elő, hogy az emberek befo-lyásra tegyenek szert az egészségüket meghatározó tényezők felett és önmaguk is változzanak egészségük érdekében*. Az egészségfejlesztés céljai között tehát egyaránt szerepel (1) az egészséget alakító környezeti – természeti és társadalmi – tényezők feletti kontroll növelése és (2) az egészségmagatartás egyéni döntésen múló aspektusainak fejlesztése az egészséges életre való esély javítása érdekében (WHO, 2005; Benkő, 2005; Scriven, 2010).

Harminc év elteltével, az Ottawa Charta utóéletének ismeretében kijelenthető, hogy ez a dokumentum leginkább azért előzte meg a korát, mert az egyes tudományágak, szakmaterületek, társadalmi alrendszerek és politikai szereplők oly mértékű kooperációjának szükségességét fogalmazta meg – mindannyiunk egészsége érdekében – ami mind a mai napig nehezen valósítható meg a gyakorlatban.

Akkor itt a történet vége? Közel sem. Inkább egy új szakasz kezdődik. 2008-ban, Galway-ben, az egészségfejlesztők képzésében meghatározó észak-amerikai és nyugat-európai képzőhelyek képviselői világosan megfogalmazták a következő logikus, bár közel sem egyszerű lépést: a kezdetben inkább társadalmi mozgalomként

megnyilvánuló egészségfejlesztésnek napjainkra egyre inkább professzióvá kell válnia, mégpedig az egységes szakmai alapot biztosító képzés és a jól körülhatárolható munkaerőpiaci követelmények révén.

Ezt a folyamatot segíti az egészségfejlesztő professzió kompetenciáit összefoglaló Galway-i Konszenzus Nyilatkozat azzal, hogy az egészségfejlesztők képzésében és munkafadataik követelményeiben egyaránt irányadó, egységes alapértékeket és munkafeladatokat fogalmaz meg.

Milyen alapelvek és értékek képviselte várható ma egy egészségfejlesztőtől? Egyrészt az, hogy hitelesen tudja alkalmazni azt a holisztikus egészségfogalmat, mely az egészség kulturális, gazdasági és társadalmi meghatározóit is számításba veszi. Másrészt az, hogy meggyőződésből képviselje az esélyegyenlőség és a társadalmi igazságosság értékeit, a civil társadalom erejét és tisztelje a kulturális sokszínűséget. Harmadrészt, legyen elkötelezett a fenntartható fejlődés eszméje iránt. Végül, de nem utolsó sorban, törekedjen arra, hogy azt a közösséget, ahol egészségfejlesztő tevékenységét aktuálisan végzi, partnerként vonja be munkájának minden lépésébe, legyen szó állapot- és szükségletfeltárásról, célok meghatározásáról, tervezésről, megvalósításról vagy értékelésről (Barry et al., 2009).

Ezt az elvárásrendszert felhőként vizualizálva kaphatjuk az 1. ábrát. A felhő központi területét a holisztikus egészségfogalom alkotja, a többi alapelv és érték pedig a felhő szorosan egymáshoz kapcsolódó, de mégis azonosítható területét képezi.



1. ábra – A Galway-i Konszenzus Nyilatkozatban megfogalmazott egészségfejlesztési alapelvek és értékek

Milyen munkafeladatai vannak az egészségfejlesztőknek? A Galway-i Konszenzus Nyilatkozat nyolc alapvető tevékenységet határoz meg az egészségfejlesztők számára.

Az egészségfejlesztők legalapvetőbb feladata, hogy az egyének és közösségek életében **változást kezdeményezzenek** az egészségesélyek javítása érdekében. Ott és akkor, amikor ez reálisan megvalósítható az egyének és közösségek számára.

Az egészségesélyeket befolyásoló életkörülményekre és életmód elemekre jelentős hatással van az a társadalmi és társas környezet, melyben mindennapjainkat éljük. Az egészségesélyeket alakító családi, közösségi, szervezeti, politikai és társadalmi **döntések előkészítése, erőforrások és kapacitások mobilizálása** tehát szintén központi jelentőségű egészségfejlesztési feladat.

A megalapozott családi, közösségi, szervezeti, politikai és társadalmi döntések kiindulópontját a „van”-helyzetre vonatkozó megbízható információk képezik. Ehhez az egészségfejlesztők szakszerűen végzett, **az egészségesélyekre fókuszáló állapot- és szükségletfeltáró vizsgálatok** eredményeivel tudnak hozzájárulni. Ehhez sajátos kutatómódszertanra van szükség, amely az egészséget befolyásoló viselkedéses, kulturális, társadalmi, környezeti és szervezeti meghatározók azonosítását és elemzését egyaránt lehetővé teszi.

A „van”-helyzet alapján, de az egészségtudományok elméletéből és az egészségfejlesztés gyakorlati tapasztalataiból származó tudásra építve valósulhat meg a **mérhető célok és célkitűzések megfogalmazása**. A stratégiai tervezés és a célok megvalósítása során gyűjtött tapasztalatok elemzése szintén lényeges részét képezi az egészségfejlesztő tevékenységének.

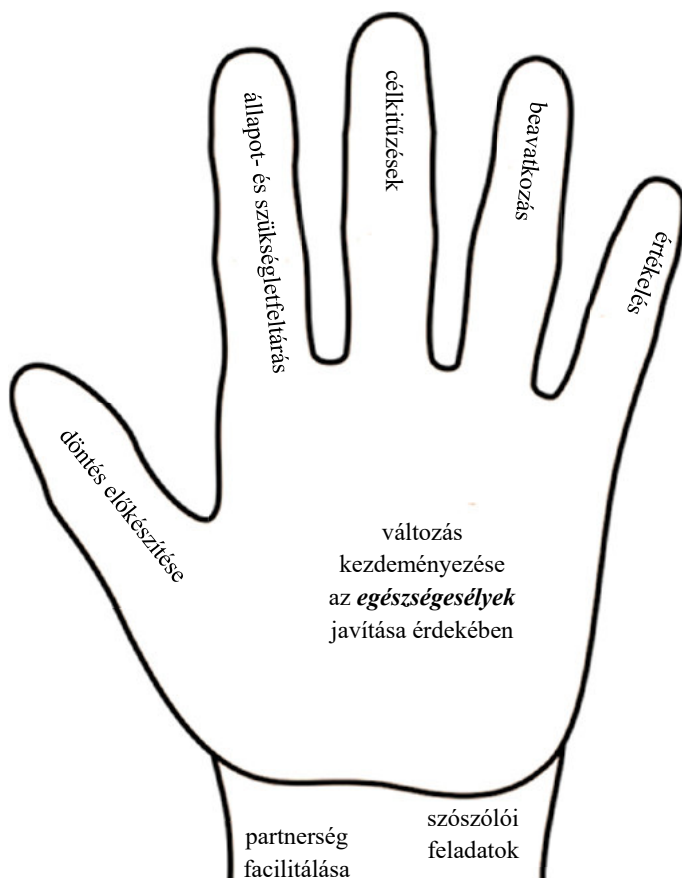
E tapasztalatok megszerzésének elemi feltétele, hogy az egészségfejlesztő olyan **beavatkozási módszerek** alkalmazására legyen képes, melyek kultúra-érzékeny és etikus módon a lehető legnagyobb javulást teszik lehetővé az egészségesélyekben, beleértve ebbe az emberi és anyagi erőforrások menedzsmentjét is.

A megvalósult egészségfejlesztési programok és stratégiai tervek hatékonyságának szakszerű **értékelése** képezi a következő nagyobb egészségfejlesztési kompetenciakört, melynek végső célja újabb egészségfejlesztési kezdeményezések kialakítása, és a megvalósult programok eredményeinek fenntartása, illetve diszseminációja.

A fenti feladatok mindegyikével párhuzamosan megjelenhet még két, önmagában is fontos feladatkör. A **szószólói feladat** elsősorban egyének vagy közösségek motiválását, bizonyos esetekben képviseletét foglalja magában. Végül, de nem utolsósorban, az egészségfejlesztők feladata még a **partneri viszony facilitálása az egészségesélyek javításáért tenni tudó vagy akaró aktorok közt**. Ez

megnyilvánulhat a tudományágak közti multi- és interdiszciplináris együttműködés igényének erősítésében éppúgy, mint a különböző társadalmi alrendszer, szektorok eltérő érdekeit képviselő szereplők közti kooperáció elősegítésében (Barry et al., 2009).

Az egészségfejlesztők egyes munkafadatait vizualizálva, a kéz felépítéséhez lehet hasonlítani a feladatok egymás kapcsolódását (vö. 2. ábra). Ebben a képi hasonlatban a csuklónak, a tenyérnek és az ujjaknak is megvan a maguk sajátos feladata, de összehangolt mozgásuk teszi a kezet igazán értékesé. Hasonlóképpen jellemezhető az egészségfejlesztők munkafadatainak kapcsolódása is.



2. ábra – A Galway-i Konszenzus Nyilatkozatban megfogalmazott egészségfejlesztési munkafeladatok

Miként lesz ebből az egészséges élet művészete? A mindennapokban használt egészségfogalom legfontosabb jellemzője az, hogy **dichotóm** állapot megfogalmazására irányul (Marks et al, 2000). Ez a lehető legegyszerűbben megfogalmazva azt jelenti, hogy valaki „vagy egészséges, vagy beteg”. Az egészségnek e leszűkített értelmezése azonban lehet *megbélyező* („Mennyire tekinthető betegnek az átlagnál amúgy sokkal egészségesebb életmódot folytató, teljesen jó egészségi állapotnak örvendő cukorbeteg?”), de lehet *torzító* („Attól, hogy dohányzom, én még egészséges vagyok.”) vagy akár *életveszélyes* is („*Miért menjek szűrővizsgálatra, ha egyszer egészséges vagyok?*”).

A fenti problémák következtében az egészségtudományok egyre inkább **kontinuumként** kezelik az egészséget. Napjainkban, Magyarországon is, a társadalom, a gazdaság és a tudomány jelenlegi fejlettsége alapján mindenkinek legalább 75 egészségben töltött évet kellene élnie. Az egészségkontinuum egyik végpontja jelöli a potenciális élethossznál, vagyis a 75 egészségben töltött évnél korábban bekövetkező elhalálozást. Az egészségkontinuum másik végpontja pedig a tökéletes egészség. Nem véletlenül ennyire idealisztikus e végpont megfogalmazása, ugyanis jelenlegi tudásunk szerint senki sincs a tökéletes egészség ideális állapotában (Marks et al, 2000).

Az egészséges élet attól válik művészetté, hogy aktív, cselekvő és alkotó módon viszonyul az „egészséges élet” (értsd. potenciálisan hosszú egészségben töltött élet) esélyéhez. Erre sajnos közel sincs mindenkinek egyforma esélye. Az egészséges életre való esélyt számos külső vagy belső adottság alakítja: a genetika, anyagi helyzet, a természeti és társadalmi környezet etc. Ugyanakkor viszont vannak olyan lehetőségek is, amelyek az egyéni erőfeszítésen, szándékon és döntési szabadságon is múlnak. Az *adottságok és a lehetőségek alkotó módon történő, sajátosan egyedi összehangolásától válik művészetté az egészséges élet. Ezért mondható az, hogy az egészségfejlesztés nem „egészséget” ígér, hanem az „egészséges életre való esély” javítására törekszik.* Másképp megfogalmazva, az egészséges élet művészetét kívánja egyszerűbbé tenni mindenki számára, a mindennapi élet legváltozatosabb színterein, „ott, ahol [az ember] tanul, munkát végez, játszik és szeret” (vö. Ottawa Charta).

Az egészséges élet művészetének titka a rendszeres szokásokban rejlik, ahogy ezt már Szókratész is megfogalmazta. „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége” – mondja. Amivel ma még ki tudjuk egészíteni az ókori görög filozófus örökérvényű mondását, az az, hogy az egészséges élet művészetének titka az **örömmel végzett rendszeres szokásokban** rejlik. Az egészségfejlesztés tehát valahol arról szól, hogy miként lehet aktívan, jóízűen táplálkozva, strapabíróan,

szenvédélyesen, jókedvűen, magabiztosan, bennünket szerető emberek közt értelmes életet élni. Arra az alapra építve, ami adatott, de tudatosan élve azzal a választási szabadsággal is, melyet szintén rendelkezésünkre áll.

[...]

Irodalomjegyzék

- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. és Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and practice*, Sage Publications, London; Thousand Oaks; New Delhi.
- Barry, M.M., Allegrante, J. P., Lamarre, M. C., Auld, M. E. és Taub A. (2009): The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 16(2), pp. 5-11.
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 13-27.
- Lalonde, M. (1981): *A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, April 1974*. Ottawa: Government of Canada, Minister of Supply and Services Canada.
- Scriven, A. (2010): *Promoting Health: A Practical Guide*. Baillière Tindall Elsevier, Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St. Louis Sydney Toronto.
- WHO (2005): Ottawai Charta. In Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 163-170.

Lippai László és Erdei Katalin

LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMOK ELŐKÉSZÍTÉSE VÁROSI SZINTEN: A HÓDMEZŐVÁSÁRHELYI LELKI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS ELEMZÉSÉNEK TANULSÁGAI³

1. Bevezetés

1.1. Növekvő társadalmi igény a lelki egészség közösségi szintű fejlesztésére

A lelki egészség és a szubjektív jóllét megőrzése, fejlesztése az Európai Unió egészségpolitikájának kiemelt fontosságú területe (Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma, 2008). Ennek háttérében az a felismerés áll, hogy a lelki egészség nemcsak individuális érték, hanem olyan egyéni és közösségi erőforrás is, mely fontos összetevője az EU társadalmi és gazdasági sikerének. Ezzel összhangban, a lelki egészség alacsony szintje sem csupán egyéni problémák forrása, hanem olyan emberi jogi, társadalmi, gazdasági és népegészségtani kérdéseket vet fel, amelyekkel uniós és tagországi szinten egyaránt szükséges foglalkozni (Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma, 2008).

A lelki egészség fejlesztését célzó uniós törekvést egyáltalán nem egyszerű a gyakorlatban megvalósítani. Ezért az ilyen jellegű kezdeményezések gyakran más, globális egészségpolitikai kezdeményezésekbe ágyazottan jelennek meg. Például, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészséges Városok programja 1988 óta sikerrel bizonyítja Magyarországon is, hogy városi szinten is van lehetőség a lakosság egészségének fejlesztésére (EVMSZ, 2011). Magyarország a kezdetek óta csatlakozott ehhez a WHO-kezdeményezéshez, melynek keretében önkormányzati kompetenciakörben valósítanak meg egészségfejlesztési kezdeményezéseket. Az Egészséges Városok programja révén erősödik a helyi (szakma)politikai döntéshozók egészségtudatossága, ugyanakkor lehetőség nyílik a lakosság életminőségét befolyásoló önkormányzati döntések előkészítésére és megvalósítására is (EVMSZ, 2011).

3 Lippai László és Erdei Katalin (2014): Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten: A hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 15(4), 351-371. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

Annak ellenére, hogy a pszichés egészség még nem szerepelt az Egészséges Városok programjának prioritásai közt, a gyakorlat szintjén a lelki egészség fejlesztése is integrálható a futó programokba. Magyarországon ez jellemzően városi szintű drog-, dohányzás- és alkoholprevenciós tevékenység formájában történik meg (vö. EVMSZ, 2011). Hódmezővásárhely hivatalosan 2009-ben csatlakozott az Egészséges Városok Magyarországi Szövetségéhez, és az Egészséges Vásárhely Program (EVP) keretében törekszik az átfogó – prevenciós és egészségfejlesztési – célkitűzések megvalósítására. Az EVP a város lakosságát életkori bontásban, az előzetes vizsgálatok (HODEF, 2008) eredményei alapján meghatározott életmód- és egészségmagatartási elemekre fókuszálva célozza meg. A Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés (HODEF, 2008) és az EVP programpontjainak előkészítésére végzett állapotfeltáró vizsgálat módszertana a népegészségtan kutatási paradigmájára épült.

Hódmezővásárhely önkormányzatának döntéshozói és az Egészséges Vásárhely Program szakemberei – a Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktumával összhangban – azonban a lakosság lelki egészségének felmérésére és javítására kiemeltebb hangsúlyt kívánnak helyezni: a mentálhigiéné preventív megközelítése mellett a lelki egészségfejlesztés pozitív koncepcióján alapuló módszereket (WHO, 2004) is be kívánnak építeni programjukba. Ehhez szükségessé vált a hódmezővásárhelyi lakosság lelki egészségének átfogóbb felmérése is. A HODEF 2008-as vizsgálata biztosított ugyan a lakosság mentális egészségére vonatkozó információkat, ezek azonban főként pszichiátriai szempontú mérőeszközökből származtak [pl. Lelki Egészség Kérdőív (GHQ-12); Balajti, Vokó, Ádány, & Kósa, 2008], és önmagukban nem nyújtottak elégséges információt a (szakma)politikai döntésekhez.

A Szegedi Egészségfejlesztő Műhely (Benkő & Erdei, 2005; Tarkó & Lippai, 2013) a hódmezővásárhelyi önkormányzat felkérésére arra vállalkozott, hogy empirikus vizsgálat keretében tárja fel a lelki egészségfejlesztés hódmezővásárhelyi prioritásainak kialakításához szükséges adatokat. Az egészségfejlesztés, az egészségtudományok paradigmaváltásával összhangban (Benkő, 2005; Tarkó, 2013), az egészség fogalmát multidiszciplináris elméleti és módszertani alapon közelíti meg. A mai egészségértelmezések többségével egybehangzóan, az egészséget olyan folyamatnak tekintjük, melyben éppúgy leképződik az egyén objektív és szubjektív helyzetének állapota, mint az, hogy a személy fejlődésének fizikális, pszichés, szellemi, spirituális és közösségi aspektusa mennyire van összhangban saját lehetőségeivel, céljaival és külső életkörülményeivel (Badura, 1992; Benkő, 2005; Hurrelmann & Lasser, 1998). Erre az egészségfogalomra építve nyer értelmet az egészségfejlesztés

tág meghatározása is, miszerint az egészségfejlesztés az összes nem-terápiás egészségjavító tartalom és módszer gyűjtőfogalma (Benkő, 2005).

Nézőpontunk szerint a lelki egészségfejlesztés olyan *speciális* egészségfejlesztő beavatkozás, melynek célja a pszichés, szellemi, spirituális és / vagy közösségi aspektus kongruenciájának javítása, mely az egészségfejlesztés eszköztárának teljes spektrumának felhasználásával – az életmód bármely elemének egyéni / szervezeti / közösségi szintű befolyásolásával – történik. A lelki egészségfejlesztés magába foglalja a pszichés zavarok rizikótényező-központú prevencióját (tehát a mentálhigiénés beavatkozásokat), azonban módszertani eszköztára ennél jóval szélesebb (részletesebben lásd Benkő, 2005).

E szemléletmódra építve, tanulmányunkban a lelki egészség veszélyeztetettségére vonatkozó kategóriarendszer bemutatására és a hódmezővásárhelyi lakosság aktuális jellemzőinek feltárására vállalkozunk. A lakosság pszichés jellemzőinek olyan mélységű feltárására törekedtünk, amely lehetővé teszi az aktuális közösség szempontjából lényeges lelki egészségfejlesztési és prevenciós beavatkozások célcsoportjainak empirikusan alátámasztható meghatározását.

1.2. A jelen vizsgálat elméleti háttere

Kutatásunk során a lelki egészség fogalmának meghatározásakor a WHO megközelítéséből indultunk ki. Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint a lelki egészség nem pusztán a mentális és pszichés zavarok hiányát jelenti, hanem a szubjektív jól-lét olyan állapotának tekinthető, melyben minden egyén képes felismerni a benne rejlő lehetőségeket és az élet természetesnek tekinthető stresszhelyzeteivel megküzdni, produktív és gyümölcsöző munkát végezni és tevékenyen részt venni saját közösségeinek életében (WHO, 2010a). A magyar szakirodalomban számunkra fontos kulcsfogalmakkal gazdagodva is megjelenik e meghatározás előzménye. Szakács Ferenc megfogalmazásában „...az egészséges (normális) ember az, aki önálló életvezetésre képes, aki élethelyzetéből adódó szerepeit elfogadja, képességeinek megfelelő munkát végez, és mindeközben (tehát nem legvégül) örömszerzésre képes, életét más emberekkel együtt közösségi, társadalmi céloknak megfelelően éli.” (Szakács, 1994, 29. o.).

Vizsgálatunkban azonban leginkább a pszichológiai életminőség (Kopp & Skrabski, 2009) hazai kutatása során kikristályosodott elméleti koncepció és módszertan alkalmazására törekedtünk. A pozitív pszichológia meghatározó elméleteire visszavezethető, főként Martin Seligman, Csíkszentmihályi Mihály és Ed

Diener munkásságára építő pszichológiai életminőség modellje összhangba hozható azonban a WHO lelki egészség definíciójával is. Emellett ez a megközelítés jelentős empirikus megalapozottsággal is rendelkezik a magyar lelkiállapot felmérésére irányuló Hungarostudy vizsgálatok révén (Kopp & Skrabski, 2009).

A pozitív érzelmek és az értelmes élet fontosságát hangsúlyozó elméletre (Kopp & Skrabski, 2009) építve, a hódmezővásárhelyiek lelki egészségének felmérése során olyan pszichológiai életminőség-elemek vizsgálatára törekedtünk, mint a) a szubjektív pszichés jóllét, pozitív életminőség és a lelki egészségesség önminősítése; b) a lehangoltság, depresszió, negatív érzelmi állapotok; c) a reménytelenség; d) az életcél, valamint az alapvető pozitív érzések hiánya; e) a krónikus stressz állapotával együtt járó vitális kimerültség; f) a nehéz helyzetek megoldásában érzett szubjektív kompetencia és g) a mindennapos stresszhelyzetekkel való megküzdést segítő koherencia-érzet. A fenti dimenziókat elméleti (Kopp & Skrabski, 2009) és módszertani (Kopp & Kovács, 2006) szempontból is a lelki egészség meghatározó elemeinek tekinthetjük.

A mentálhigiénés intervenciók szakmapolitikai előkészítésével kapcsolatos tapasztalataink azonban arra utaltak, hogy a pszichológiai életminőség koncepciója túl sok dimenziót alkalmaz⁴. Ez nehézséget jelent a döntéselőkészítési folyamat során, mert nem teszi lehetővé az egyértelmű és átlátható, ugyanakkor empirikusan is igazolható következtetések megfogalmazását. Másrészt, az általunk elemzett szakirodalomban sem találtunk utalást arra, hogy a pszichológiai életminőség változóiból kirajzolódó profil alkalmas-e átfogó – a pszichológiai életminőséget egészében jellemző – következtetések levonására; és ha igen, akkor miként. Ezért tartottuk szükségesnek azt, hogy a célpopulációt egyértelmű, empirikusan is jól definiálható, és az intervenció szempontjából markánsan különböző csoportokra bontsuk.

Vizsgálatunk kiindulópontja az volt, hogy az egyén pszichés egészségi állapotát nagymértékben jellemzi az, hogy a mindennapok kihívásaihoz való adaptáció során milyen mértékű zavarokat, panaszokat tapasztal (vö. generalizált adaptációs szindróma - Selye, 1965; a stressz tranzakcionista megközelítése - Lazarus, 1991).

4 Hasonlóan nehéz a közösségek lelki egészségének áttekinthető jellemzése a rizikótényezők felmérésével. Az emberi életciklus kritikus periódusai, a magzatkori és a kora gyermekkori veszélyeztetettség, a családon belüli erőszak, az alacsony iskolázottság, a szegénység, a krónikus betegség és fogyatékosság, a kisebbségi csoporthoz tartozás és a magas bűnözési rátával kapcsolatos adatok jelezhetik azt, hogy az adott közösség szocioökonómiai környezete és élethelyzete milyen mértékben fenyegeti a közösség tagjainak lelki egészségét (vö. WHO 2010b, 2012). Ez a megközelítés azonban szintén sok dimenzió alkalmazását igényli. Továbbá, pusztán az objektív környezeti hatások jellemzéséből nem derül ki, hogy milyen mértékben tudtak alkalmazkodni az adott közösség tagjai a szocioökonómiai és élethelyzeti nehézségekhez.

Kutatócsoportunk ezért – lelki egészségfejlesztési és pszichoterápiás tapasztalatai alapján – a pszichológiai életminőség három kategóriájának empirikus meghatározására és igazolására tett kísérletet.

A mentálisan egészséges csoportba sorolható személyeket úgy jellemeztük, mint akik megfelelő énerővel, önértékeléssel rendelkeznek. Ha erősen stresszkeltő – érzelmi sérülésekkel és társas-kapcsolati konfliktusokkal terhelt – élethelyzetbe kerülnek, képesek strukturáltan reagálni és aktívan megküzdeni a kihívásokkal. Mindennapi tevékenységeik ellátásához saját erőforrásaik elegendők, de képesek a stresszhelyzetekből származó negatív érzések, feszültségek kontrollálására is. Ebben a csoportban is fordulhatnak elő adaptációs zavarok, de viszonylag ritkán és átmeneti jelleggel.

A sérülékeny csoportba sorolható személy esetében a személy aktuális stresszhelyzetekre adott válasza kevésbé aktív, és a problémák, nehézségek hárításával jellemezhető. Ennek hátterében leginkább önmagának vagy környezetének leértékelése (önértékelési problémák) húzódik meg. A sérülékeny személy esetében már kifejezett adaptációs zavarok tapasztalhatóak, jellemzően néhány markáns panasz vagy sok kisebb – de összességében jelentős hatással bíró – nehézség formájában. Ezért a problémákkal való szembenézéshez, a mindennapos stresszhelyzetek hatékonyabb kezeléséhez változnia kell, mégpedig úgy, hogy meglévő erőforrásai újszerű használatát kell elsajátítania.

Végül a veszélyeztetett csoportba sorolható személy már nem képes a mindennapos stresszhelyzetek, érzelmi sérülések, szociális konfliktusok, kapcsolati nehézségek hatékony kezelésére; lebecsül, ha szembesül egy problémával (súlyos döntési dilemma). A meglévő, külső és belső erőforrásai nem elegendőek ahhoz, hogy meg tudjon küzdeni a mindennapi élet kihívásaival. A súlyos mértékű adaptációs zavarok gyakori, súlyos panaszok formájában jelentkeznek. Ezért mindenképpen külső segítségre szorul abban, hogy új megküzdési módokat, konfliktuskezelési eljárásokat tanuljon, és támaszt kapjon azok alkalmazásában. Mindhárom csoport esetében eltérő lelki egészségfejlesztési célok kijelölésére és eltérő módszerek alkalmazására van szükség a hatékony beavatkozás érdekében. Ezért a három csoport azonosítása, empirikus elemzése fontos lépését jelenti a közösségi szintű egészségfejlesztési beavatkozások előkészítésének.

1.3. A jelen vizsgálat hipotézisei

Tanulmányunkban egy közepes méretű magyar városban – Hódmezővásárhelyen – lezajlott állapotfeltáró vizsgálat eredményein keresztül mutatjuk be a fenti kategóriák alkalmazhatóságát. Két fő kutatási kérdésre fókuszálunk. Az első kutatási kérdésünk a mentális egészség vonatkozásában kialakított kategóriák adekvátságára irányult, vagyis arra, hogy a mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett kategóriákba sorolható egyének pszichológiai életminőségében megvan-e a feltételezett markáns különbség. E kutatási kérdéssel kapcsolatban az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg.

1. hipotézis: a pszichológiai életminőség általunk vizsgált mutatóiban – szubjektív jóllét, depresszió, általános unalom, kompetencia- és koherencia érzés – a hódmezővásárhelyi lakosság nem tér el szignifikánsan az országos vizsgálatok reprezentatív eredményeitől.
2. hipotézis: a mentális szempontból egészségesnek, sérülékenynek és veszélyeztetettnek tekintett csoportok között a pszichológiai életminőség indikátoraiban szignifikáns eltérések mutathatóak ki.

A második kutatási kérdésünk arra irányult, hogy a fenti kategóriák alkalmazásával a hódmezővásárhelyi lakosság esetében milyen beavatkozási pontok, igények azonosíthatóak. Véleményünk szerint, a közösségi lelki egészségfejlesztő intervenciók sikeréhez fontos, hogy városi szinten is könnyen kezelhető szociodemográfiai tényezők alapján (nem, életkor és iskolai végzettség), empirikusan igazolható módon olyan célcsoportok azonosítását tegyük lehetővé, amelyek kiemelt figyelmet igényelnek. A 3. hipotézisünk szerint a szociodemográfiai tényezők (nem, életkor, iskolázottság) szerinti bontásban azonosíthatóak olyan célcsoportok, ahol a veszélyeztetettek aránya nagyobb más szociodemográfiai csoportokhoz képest.

2. Módszer

2.1. A vizsgálat lefolytatása és a minta jellemzői

A 2011. áprilistól októberig zajló vizsgálatban két hódmezővásárhelyi intézmény vett részt: a Hódmezővásárhelyi Integrált Szakképző Központ Szakiskola és Szakközépiskola Kalmár Zsigmond Tagintézménye (továbbiakban Iskola) és az Erzsébet Kórház-rendelőintézet (továbbiakban Kórház). A fenti két intézmény reprezentálja

– az önkormányzati döntéshozók megítélése alapján – a város szocio-demográfiai összetételét. A Kórház minden dolgozója (szakdolgozó, ügyviteli, kisegítő) és teljes klientúrája, valamint a betegeket kísérő látogatók, hozzátartozók, az Iskola minden dolgozója (oktató és nem oktató személyzet), a szülők és a felnőttképzésben résztvevő tanulók képezték az elsődleges vizsgálati keretet.

A vizsgálati minta kialakítása során a hódmezővásárhelyi lakosság teljes szocio-demográfiai vertikumának feltérképezését kíséreltük meg; tekintve, hogy mind az egészségügyi, mind az oktatási személyzet iskolai végzettsége magas (közép és felsőfokú), a klientúra és a klientúrához kapcsolódók (kísérők, látogatók, szülők, felnőtt tanulók) körében pedig jelentős arányban talákoztunk alacsony státuszú válaszadókkal.

A Kórház és az Iskola dolgozóinak körében teljes körű lekérdezés; a tanulók, járó- és fekvőbetegek, valamint látogatók esetében véletlen mintavételezés történt. A mintavételi keret a későbbiekben kiegészült a Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata Polgármesteri Hivatalának kliensköréből vett véletlen mintával. A kérdezőbiztosok segítségével lezajlott 2377 lekérdezés rögzített adatai jutottak el a kutatócsoporthoz; ebből a kiskorúak (32 fő), a nem vásárhelyi lakosok (493 fő) és a nem értékelhető kérdőívek (13 db) kizárásával 1839 fő adataival dolgoztunk.

A válaszadók 35%-a férfi és 65%-a nő. A megkérdezettek életkora 18 és 94 év között alakult, az átlagéletkor $42,56 \pm 15,40$ év. A Hungarostudy-vizsgálatok korosztályi besorolása alapján, a 18-44 éves korcsoportba a minta 57,5%-a sorolható, 31,2% tartozik a 45-64 éves korosztályba, a 65 év felettiek aránya pedig 10% (nem válaszolt 1,3%). A legmagasabb iskolai végzettség alapján a minta megoszlása a következőképpen alakult: a kevesebb, mint 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 2,1%; 8 általánost végzett 13,4%; szakmunkás bizonyítvánnyal a minta 26,5%-a rendelkezik; az érettségizettek aránya 38,3%; felsőfokú végzettséggel pedig a válaszadók 19,2%-a rendelkezik (nem válaszolt 0,5%). A minta 58,9%-a aktív kereső, míg 40,4%-a nem dolgozik vagy egyéb megélhetési forrásból él (nyugdíj, anyasághoz kapcsolódó ellátások, segély stb.); 0,7% nem válaszolt.

2.2. Az alkalmazott mérőeszközök bemutatása

A tanulmányunk első fejezetében kifejtett szakmapolitikai indokok alapján, kutatócsoportunk – lelki egészségfejlesztő beavatkozások előkészítése érdekében – három csoportba sorolta a vásárhelyi minta válaszadóit. A „lelkileg egészséges”,

„sérülékeny” és „veszélyeztetett” csoportok azonosítására, a már alkalmazott tünet- és panaszlisták áttekintésével – Hamilton Szorongás Skála és Beck Szorongás Leltár (Perczel Forintos, Kiss, & Ajtay, 2012) és ELEF 2009 (KSH, 2011) – egy új, Mentális Állapotfelmérő Kérdőív (MÁK) nevű eszköz került kidolgozásra (lásd Függelék). Az új mérőeszköz kialakítását az indokolta, hogy a testi és a pszichés panaszokat egyaránt magában foglaló, részletes listáról nem volt tudomásunk a szakirodalomban. A kérdőív validitását hipotéziseink vizsgálata során elemeztük (3.2. alfejezet). A válaszadók az egyes panaszok esetében háromfokú skálán, az „egyáltalán nem”, „ritkán” és „gyakran” opciók közül választhattak. A válaszadók besorolása a panaszok gyakoriságára építő, egyszerű eljárás alkalmazásával történt. A *mentálisan egészséges kategóriába* részben olyan válaszadókat soroltunk, akik egy tünet esetében sem jelezték, hogy az előfordult volna náluk, de azok is e kategóriába kerültek, akik legfeljebb hat panasz esetében jelezték, hogy az ritkán, de előfordul esetükben. A *sérülékeny kategóriába* tartoztak egyrészt azok, akik 7 vagy annál több panaszt, tünetet jelöltek ritkán előfordulónak, de azokat is ide soroltuk, akik legfeljebb három panasz esetében jelezték, hogy az adott tünet esetükben gyakran fordul elő (a többi panasz gyakoriságától függetlenül). A *veszélyeztetett kategóriába* pedig azokat a válaszadókat soroltuk, akik 4 vagy annál több tünetet jelöltek gyakran (szintén a többi panasz gyakoriságától függetlenül).

A WHO Jól-lét Kérdőív a lelki egészségesség önminősítésére alkalmas; első-sorban a szubjektív pszichés jóllét és pozitív életminőség indikátoraira fókuszál (Rózsa, Réthelyi, Stauder, Susánszky, & Mészáros, 2003). Rózsa és munkatársai 6-fokú skálát használnak (terjedelme 0-5), és vizsgálatunkban is e hatfokú skála került eredetileg felvételre. Az országos reprezentatív kutatásokkal való összehasonlíthatóság érdekében azonban a skálát transzformáltuk⁵, adatainkat tehát a négyfokú skála paramétereinek megfelelően tesszük közzé. Így az Index maximum értéke 15, országos átlaga pedig $9,63 \pm 3,35^6$ (módszertani háttérét lásd. Susánszky & Székely, 2013).

5 A transzformálás során alkalmazott algoritmus a hatfokú skála értékeiről a négyfokú skála értékeire:

Hatfokú skála	Négyfokú skála
0 – soha	0 – egyáltalán nem jellemző
1 – néha	1 – alig jellemző
2 – az időnek kevesebb, mint felében	
3 – az időnek több, mint felében	
4 – az idő legnagyobb részében	2 – jellemző
5 – mindig	3 – teljesen jellemző

Az átkódolt változat pszichometriai elemzését ismerteti Susánszky, Konkoly Thege, Stauder és Kopp, 2006.

6 Az adatokat a Hungarostudy 2013 kutatócsoport vezetőjének engedélyével közöljük.

A Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített (9-itemes) változatának kialakítása a depressziós tünetegyüttes jellegzetes összetevői mentén történt. Kopp és Fóris (1995) elemzése alapján főként a szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya és az önvádolás indikátorainak megragadására alkalmas a mérőeszköz. A nyerspontszámok teljes BDI-vel való összevethetőség céljából való átkonvertálása után⁷ a rövidített kérdőív alapját képező depresszióskála határértékei alkalmazhatóak, vagyis 0-9 pont nem depressziós, 10-18 pont- enyhe depresszió, 19-25 pont közép súlyos depresszió, 25 pont felett súlyos depresszió. A klinikai depresszió határértéke: 19 pont (Kopp és Fóris, 1995). A rövidített Kérdőív országos reprezentatív mintán mért átlaga $7,68 \pm 11,19$ (módszertani háttérét lásd. Susánszky & Székely, 2013).

Az „Általában unatkozom” állítással a pszichológiai életminőség szempontjából alapvető pozitív érzelmek hiányát mértük. Az unalom megjelenése a vitalitásszint csökkenésének, a célorientált viselkedés gyengülésének jó indikátora lehet (Kopp & Kovács, 2006). Vizsgálatunkban, a Hungarostudy 2013 kódolási rendszerének megfelelően, 1-től 4-ig terjedő skálát alkalmaztunk. A skála országos átlaga a legutóbbi reprezentatív felmérésben $1,44 \pm 0,74$ (módszertani háttérét lásd. Susánszky & Székely, 2013).

Az Általános Énhatékonyság Skála (Kopp, Schwarzer & Jerusalem, 1993; Schwarzer, 1993) annak a beállítottságnak a mérésére alkalmas, hogy általában mennyire érezzük képesnek magunkat nehéz helyzetek megoldására. Az önbizalom, a kompetens helyzetkezelés érzete a sikertelenség esetén csökken, ami súlyos frusztrációk forrása lehet (Kopp & Kovács, 2006). A 0-tól 3-ig terjedő kódolású, négy állítást tartalmazó skála országos átlaga $8,99 \pm 2,48$ (módszertani háttérét lásd. Susánszky & Székely, 2013).

Az itt alkalmazott Élet Értelmessége Alskála (BSCI-LM; Konkoly Thege, Martos, Skrabski, & Kopp, 2008) a Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív-ből (BSCI) származik (Rahe & Tolles, 2002). A BSCI a mindennapos stresszhatások és a megküzdési kapacitások átfogó vizsgálatát teszi lehetővé, az élet értelmességét mérő alskála pedig a megküzdési kapacitások egyikeként konceptualizálódik itt. A hét állítást tartalmazó, háromfokozatú skála országos átlaga: $9,25 \pm 2,79$ (módszertani háttérét lásd. Susánszky & Székely, 2013).

7 A konvertálás során a 9 item számtani átlagát felszoroztuk hússzal (vö. Perczel Forintos és mtsai, 2012).

2.3. Statisztikai módszerek

Az első hipotézis esetében a pszichológiai életminőség mérésére használt skálák, kérdőívek megbízhatóságát a vizsgálati mintánkból származó adatokon a Cronbach-alfa meghatározásával elemeztük, majd átlagot és szórást számoltunk és eredményeinket egymintás t-próba segítségével országos reprezentatív vizsgálatok eredményével vetettük össze, a szignifikáns eltérés mértékének jellemzésére a Cohen-féle d hatásméret-mutatót alkalmaztuk. A második hipotézis vizsgálata során a lelki egészség szempontjából kialakítható három csoport (lelkileg egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett) pszichológiai életminőség-mutatóit egyszempontos varianciaanalízis alkalmazásával elemeztük. A Levene-próba eredményének megfelelően, szóráshomogenitás esetében az LSD, a szóráshomogenitás hiánya esetében pedig a Dunett-féle T3 post hoc elemzést alkalmaztuk.

A lelki egészség kategóriáinak diszkrimináló erejét is vizsgáltuk a pszichológiai életminőség változói szempontjából. A közvetlen módszerű diszkriminanciaanalízis során elemeztük a diszkriminancia-függvények kanonikus korrelációját, és lineáris becslő modellek alkalmazásával ellenőriztük együttes találati arányukat. A függvények struktúramátrixa segítségével a pszichológiai életminőség egyes változóinak relatív fontosságát vizsgáltuk, majd a csoportcentroidok megállapításával jellemeztük tovább a lelki egészség kategóriáit.

A harmadik hipotézis esetében a szociodemográfiai kategóriák mentén kialakított csoportokban a lelki egészség kategóriáinak százalékos megoszlását elemeztük. A kérdőívvel gyűjtött adatok statisztikai feldolgozása és elemzése az SPSS 15-ös programcsomag (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) felhasználásával történt.

3. Eredmények

3.1. A pszichológiai életminőség alakulása a hódmezővásárhelyi mintában

Az 1. hipotézis elemzése céljából adataink feldolgozását a pszichológiai életminőség általunk vizsgált indikátorainak leíró statisztikai elemzésével és a Hungarostudy 2013 (HS 2013) országos adataival (Susánszky & Székely, 2013) való összevetésével kezdtük (1. táblázat). A táblázat adataiból kitűnik, hogy a vizsgálatban alkalmazott skálák megbízhatósága elfogadható vagy jó. Kijelenthető továbbá, hogy a hódmezővásárhelyi vizsgálatban felhasznált pszichológiai indikátorok átlaga szignifikánsan ($p < 0,001$) eltér az országos referenciaadatoktól. A WHO Jólleti Index, a Beck

Depresszió Kérdőív, az Általános Énhatékonyság Skála és az Élet Értelmessége Alskála esetében az eredmények egyértelműen kedvezőtlenebbek a hódmezővásárhelyi mintában. Egyedül az Általános Unalom Skála kapcsán mutatható ki az országos átlagnál szignifikánsan ($p < 0,001$) kedvezőbb eredmény. A WHO Jól-lét Kérdőív esetében, ahogy azt a Cohen-d magas értéke is jelzi, a szignifikáns eltérés jelentős mértékű. Megállapítható tehát, hogy 1. hipotézisünk nem tartható, a vásárhelyi lakosság lelki egészsége, pszichológiai életminősége jelentősen eltér az országos adatoktól.

1. táblázat. A pszichológiai életminőség-mutatók leíró statisztikai jellemzése és összevetése az országos adatokkal

Változó neve	Hódmezővásárhelyi vizsgálat				HS 2013	Átlagok eltérése	Egymintás t-próba
	N	Átlag	Szórás	Cronbach-alfa			
WHO Jól-lét Kérdőív	1760	6,84	3,12	0,87	9,63	-2,79	$t = -37,5$; $p < 0,001$; $d = 0,89$
Beck Depresszió Kérdőív	1762	10,30	11,00	0,87	7,68	2,62	$t = 10,0$; $p < 0,001$; $d = 0,24$
Általános unalom	1818	1,30	0,61	-	1,44	-0,14	$t = -9,57$; $p < 0,001$; $d = 0,23$
Általános Énhatékonyság Skála	1793	8,14	3,12	0,86	8,99	-0,85	$t = -11,5$; $p < 0,001$; $d = 0,27$
Élet Értelmessége Alskála	1719	8,36	2,71	0,65	9,25	-0,89	$t = -13,6$; $p < 0,001$; $d = 0,33$

3.2. A lelkiileg egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett csoportok kialakításának relevanciája

A Mentális Állapotfeltáró Kérdőív kategóriáin alapuló csoportosítás mutatói a 2. táblázatban közölt eredményekkel jellemezhetőek. Második hipotézisünknek megfelelően, a pozitív értelmezési tartományú skálák (WHO Jól-lét Kérdőív, Általános Énhatékonyság Skála és Élet Értelmessége Alskála) esetében monoton csökkenő, a negatív értelmezési tartományú mérőeszközök esetében (Beck Depresszió Kérdőív, általános unalom) pedig monoton növekvő átlagokat kaptunk a lelki egészség kategóriái szerinti bontásban.

2. táblázat. A pszichológiai életminőség indikátorainak átlaga és szórása a lelki egészség kategóriái szerinti bontásban

	A lelki egészség kategóriái								
	Mentálisan egészséges csoport			Sérülékeny csoport			Veszélyeztetett csoport		
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás
WHO Jól-lét Kérdőív	694	8,36	2,64	637	6,64	2,76	291	4,23	2,6
Beck Depresszió Kérdőív	698	3,88	4,94	636	10,07	8,16	287	23,69	12,29
Általános Unalom	710	1,19	0,47	650	1,33	0,61	298	1,51	0,81
Általános Énhatékonyság Skála	702	9,2	2,76	647	8,04	2,83	292	6,41	3,25
Élet Értelmessége Alskála	675	9,06	2,53	630	8,22	2,63	283	7,27	2,55

A egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) szóráshomogenitásra vonatkozó előfeltétele (Levene-próba) két mérőeszköz esetében [WHO Jól-lét Kérdőív ($p=0,075$), Élet Értelmessége Alskála ($p=0,908$)] esetében teljesült⁸. Az ANOVA minden mutató esetében szignifikáns ($p<0,001$) eltérést jelez a három csoport átlaga közt, a rizikócsoportok átlagának páros összevetésére irányuló post hoc elemzések szintén szignifikáns ($p<0,001$) eltérést jeleznek minden esetben.

A mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett csoportokra, a pszichológiai életminőség vizsgált változóinak tekintetében diszkriminancia-analízist is végeztünk, melynek eredményeként két függvényt lehetett azonosítani. Az első diszkriminancia-függvény szignifikáns ($p<0,001$), közepes mértékű kanonikus korrelációt ($r=0,684$), míg a második szignifikáns ($p=0,001$), de gyenge kanonikus korrelációt ($r=0,108$) jelez. A diszkriminancia-függvények ellenőrzése során, a becslő lineáris modellek alapján 62,8%-os találati arányt kaptunk. A struktúramátrix alapján az első függvényben a Beck Depresszió Kérdőív (0,942) és a WHO Jól-lét Kérdőív (-0,586) bizonyult meghatározónak, a második függvényben pedig a pozitív előjelű WHO Jól-lét Kérdőív (0,707) és az Általános Énhatékonyság Skála (0,560) relatív súlya emelendő ki. A csoportcentroidok tekintetében a mentálisan egészséges csoport az első függvény negatív pólusánál (-0,816) és a második

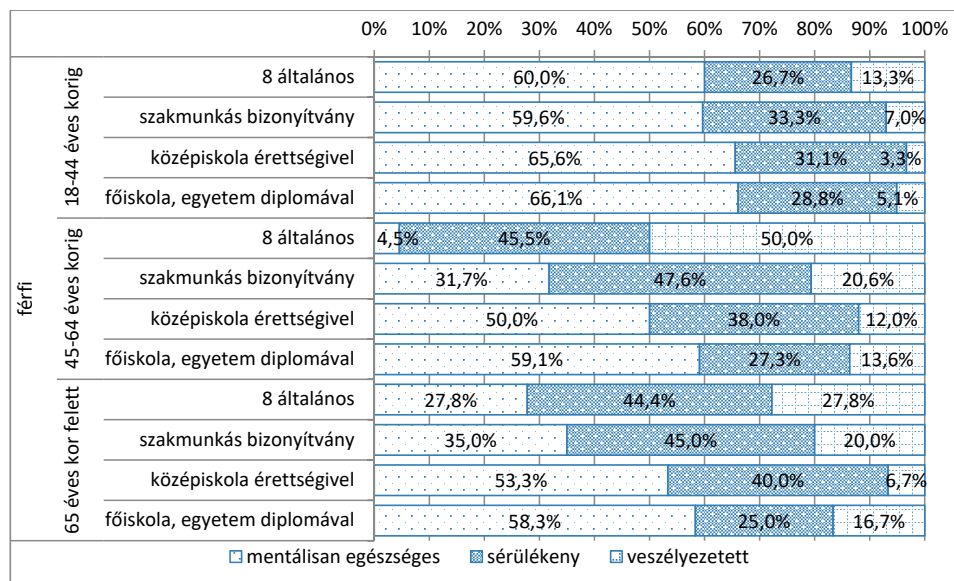
⁸ Tekintve az ANOVA eljárás statisztikai robusztusságát, az egyszempontos varianciaanalízis eredménye e változók esetében is értelmezhető.

függvény középértékéhez közel, de a pozitív értelmezési tartományban (0,084) pozícionálható. A sérülékeny csoport centroidjai mindkét függvény esetében a középértékhez közel (0,057; -0,133) találhatóak, de a második függvény esetében a negatív tartományban. A veszélyeztetett csoportnál pedig egyértelműen az első függvény pozitív értelmezési tartományában (1,842), de a második függvény középértékéhez közel, a pozitív értelmezési tartományban (0,100) lehetett a centroidokat elhelyezni.

Következésképpen, második hipotézisünknek megfelelően, a vizsgálatunkban alkalmazott három – mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett – kategória alapján a pszichológiai életminőség mutatói szignifikáns különbségeket jeleznek, a veszélyeztetettség növekedésével következetesen kedvezőtlenebb eltéréseket mutatnak. A Mentális Állapotfeltáró Kérdőív alapján kialakított lelkiegszég-kategóriák tehát alkalmasnak bizonyultak a pszichológiai életminőség mutatók tendenciáinak leképezésére.

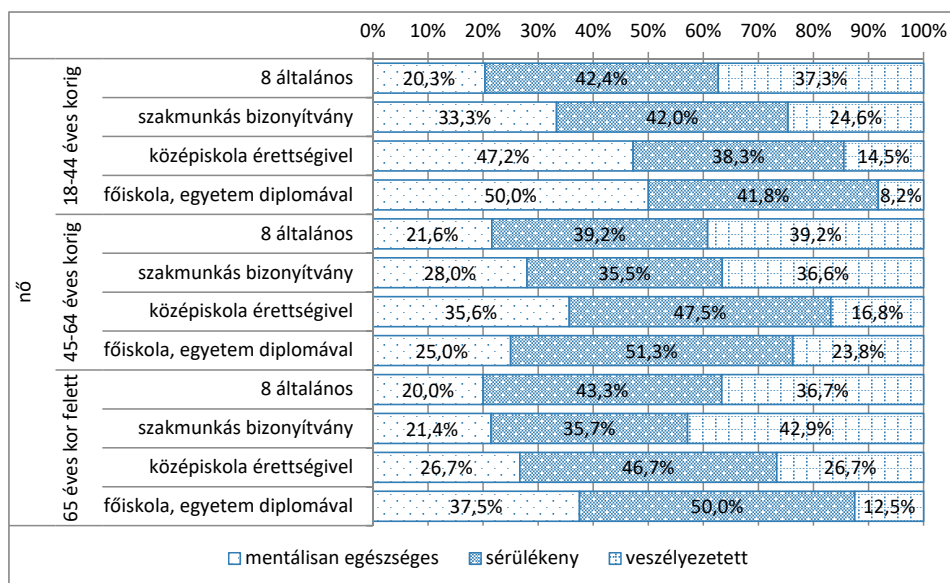
3.3. A rizikócsoportok szociodemográfiai szempontok szerinti elemzése

A megkérdezettek 38,7%-a volt a mentálisan egészséges, 35,3%-a sérülékeny és 16,3%-a pedig a veszélyeztetett kategóriába sorolható. A válaszadók 9,6%-a esetében, a hiányosan kitöltött mérőeszköz következtében, nem volt elvégezhető a fenti besorolás. *Nemi bontásban*, a férfiak 53,7%-a a mentálisan egészséges, 34,8%-a a sérülékeny, 11,6%-a pedig a veszélyeztetett csoportba volt besorolható. A nők esetében a mentálisan egészségesek aránya csupán 37,0%-nak bizonyult, 41,4% került a sérülékeny és 21,6% pedig a veszélyeztetett kategóriába. *Életkori bontásban*, mentálisan egészséges a 18-44 éves korosztály fele (49,7%), valamint a 45-64 évesek és a 65 év feletti korosztály harmada (31,8% és 31,6%). A sérülékeny csoportba került a 18-44 éves megkérdezettek harmada (37%), valamint a 45-64 évesek korosztály és a 65 év feletti válaszadók közel fele (42,7% és 42,6%). Veszélyeztetett a 18-44 éves korosztály bő tizede (13,3%) és a 45 év feletti két korosztályi csoport egynegyede (25,5% és 25,8%). A fenti adatokat jelentősen árnyalja, ha mindhárom szociodemográfiai szempont együttes felhasználásával elemezzük az adatokat (1. ábra).



1. ábra. A lelki egészséget leíró csoportok megoszlása a férfiak életkora és iskolai végzettsége szerinti bontásban

A teljes minta adataihoz hasonlóan, a férfiak esetében az életkorral tendenciaszerűen romló eredményeket kapunk, melyet a magasabb iskolai végzettség többé-kevésbé képes ellensúlyozni. Az adatok a 45-64 éves, 8 általánost végzett férfiak körében a legdrámaibbak. Ebben a csoportban a megkérdezettek mindössze 4,5%-a sorolható a „mentálisan egészséges” kategóriába, 45,5%-uk a sérülékeny csoportba, 50,0%-uk pedig a veszélyeztetett csoportba tartozik. A nők esetében viszont az állapítható meg, hogy nem minden esetben érvényesült a magasabb iskolai végzettség ellensúlyozó hatása (2. ábra).



2. ábra. A lelki egészséget leíró csoportok megoszlása a nők életkora és iskolai végzettsége szerinti bontásban

A 45-64 éves korosztályba tartozó, diplomás nők esetében a mentálisan egészséges kategóriába tartozók aránya 25%, ami kiugróan alacsony érték az azonos korosztályba tartozó, alacsonyabb végzettségű nők csoportjaihoz viszonyítva (az azonos korú diplomás férfiak körében ez az arány 59,1%). A 45-64 éves korosztályba tartozó, diplomás nők fele (51,3%) a sérülékeny csoportba, negyede (23,8%) pedig a veszélyeztetett csoportba tartozik. Összehasonlításképpen, az ilyen korú érettségizett nők körében a mentálisan egészségesek aránya 35,6%, a sérülékeny csoportba tartozók aránya (47,5%), míg a veszélyeztetettek aránya 16,8%. Beleillik a teljes populációnál megfigyelt tendenciákba, de mindenképpen figyelmet érdemel a 18-44 éves korosztályba tartozó, 8 általánost végzett nők helyzete. Már az is elgondolkodtató, hogy adataik gyakorlatilag megegyeznek a 66 év feletti, általános iskolai végzettségű nők adataival. Tehát, a 18-44 éves nők körében a mentálisan egészséges kategóriába csak a válaszadók 20,3%-a tartozott, ezzel szemben a sérülékeny csoportba 42,4%, a veszélyeztetett csoportba pedig 37,3% volt besorolható. A harmadik hipotézissel összhangban, a Mentális Állapotfeltáró Kérdőív révén kialakított kategóriák tájékoztató pontot jelenthetnek egyes szociodemográfiai csoportok lelki egészség szerinti jellemzéséhez is.

4. Megbeszélés

A hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés eredményei alátámasztják, hogy a pszichológiai életminőségre vonatkozóan a Mentális Állapotfeltáró Kérdőív (MÁK) alkalmas lehet a mentális egészség, sérülékenység és veszélyeztetettség állapotainak költséghatékony azonosítására. Segíti egy közösség lelki egészségének tájékozódó jellegű, gyors felmérését, így alapját képezheti egy egyszerű mentálhigiénés szűrési protokoll kialakításának. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a fenti állapotfeltáró kérdőíven alapuló kategorizáció nem helyettesítheti a lelki egészség-betegség határán szükséges pszichiátriai diagnózist. Továbbá nem alkalmas a kóros lelki folyamatok szofisztikált feltárására kidolgozott pszichodiagnosztikai mérőeszközök, eljárások kiváltására sem. Mérőeszközünk érvényességét jelentősen korlátozza, hogy önértékelésen alapul, melynek adekvátsága – különösen bizonyos pszichiátriai kórképek esetében – sérülhet. Kijelenthetjük azonban a pszichológiai életminőség szerinti elemzés alapján, hogy a népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű depresszió jelzésére az állapotfeltáró kérdőív alkalmas. Az, hogy a panaszlista más kóros lelki folyamatok azonosítására mennyire alkalmas, további vizsgálatokat igényel.

A lelki egészségfejlesztés szempontjából a három kategória eltérő módszertani eszköztár alkalmazásának igényét veti fel. A veszélyeztetettség háttérében meghúzódó esetleges pszichopatológiai folyamatok szűrése és diagnosztikája mindenképpen szakellátási feladatkör. Kiemelten fontosnak tartjuk a sérülékeny csoport azonosítását is, mert esetükben lehet a közösségi szintű lelki egészségfejlesztés preventív módszertanát a leghatékonyabban alkalmazni. Valószínűsíthető, hogy a sérülékeny csoport esetében a társas támasz, a megküzdési módok repertoárjának bővítéséhez nyújtott közösségi támogatás és a szorongást enyhítő közösségi helyzetek megtapasztalása egyaránt támogathatja a nehéz élethelyzetek áthidalását és az egyéni megküzdési készségek fejlődését. A mentálisan egészséges csoport esetében olyan módszerek alkalmazására lehet szükség, melyek segítik az egyéni erőforrások megőrzését és fejlesztését, a belső harmónia megélését. Más szempontból, a mentálisan egészséges egyének erőforrásai nemcsak önmaguk fejlesztésére biztosítanak lehetőséget, hanem arra is alkalmasak, hogy szűkebb és tágabb közösségük fejlesztésébe bekapcsolódjanak.

A fentiekből kitűnhet, hogy kutatócsoportunk számára a lelki egészség kategorizációjának valódi jelentősége abban rejlik, hogy a szakembereket és a szakmapolitikai döntéshozókat segítheti a lelki egészségfejlesztésre fordítható anyagi és humán erőforrások hatékonyabb allokálásában. Segíthet a szakellátás, a prevenció

és a közösségi egészségfejlesztés kapacitásigényének meghatározásában. A sérülékenység és a veszélyeztetettség szociodemográfiai szempontú elemzése pedig irányt mutat a városi, közösségi és munkahelyi akciók, feladatok potenciális célcsoportjainak azonosításában.

A lelki egészség kategorizációjának előnye, hogy a sérülékenység és a veszélyeztetettség okainak feltárása helyett az adott állapot megismerésére és az egyén életvezetését és környezetét befolyásoló következményeire helyezi a hangsúlyt. Ez a megközelítés komoly segítséget nyújthat a célirányos prevenció megszervezéséhez. A szűrés és a ráépülő beavatkozás révén időben feltárható a mentális állapot romlása, és megelőzhetőek az adaptációs zavarok, valamint az érzelmi sérülésekkel és társas-kapcsolati konfliktusokkal terhelt teljesítmény-csökkenés is.

A szerzők munkamegosztása

A vizsgálat előkészítésében és megvalósításában, az adatok statisztikai feldolgozásában és értelmezésében, továbbá a publikációs tartalom összeállításában és a végső szöveg megalkotásában mindkét szerző azonos mértékben vett részt.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmányban közölt empirikus vizsgálat a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely Hódmezővásárhelyen lezajlott átfogó lelki egészségfejlesztési kutatásának szerves részét képezi. Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely szakmai vezetőjének – dr. Benkő Zsuzsannának – és a műhely szakmai koordinátorának – dr. Tarkó Klárának – a vizsgálatunk előkészítésében, megvalósításában és értékelésében nyújtott támogatásáért. Köszönettel tartozunk továbbá az Egészséges Vásárhely Program munkatársainak és önkénteseinek, akik a vizsgálat adatgyűjtési fázisában segítettek munkánkat. Külön szeretnénk köszönetet mondani a tanulmány első verzióját bíráló két anonim lektornak, akik értékes észrevételeikkel nagymértékben hozzájárultak ahhoz, hogy a tanulmány jelenlegi formájában elkészülhessen. Végül, szeretnénk köszönetet mondani a vizsgálatban résztvevőknek, türelmükért és őszinte válaszaikért.

Függelék – Mentális Állapotfeltáró Kérdőív

Kérjük, olvassa el gondosan és mérlegelje az alábbi felsorolást! Karikázza be minden sorban, hogy ebben az évben milyen gyakran tapasztalta az alábbi panaszokat! Figyeljen arra, hogy ne maradjon ki egyetlen állítás sem!

	Egyáltalán nem	Ritkán	Gyakran
1. Alvási problémák	0	1	2
2. Tartós fejfájás	0	1	2
3. Szapora vagy rendetlen szív működés	0	1	2
4. Szívtáji nyomás, mellkasi fájdalom	0	1	2
5. Kifejezett ok nélküli félelem, szorongás	0	1	2
6. Hangulatváltozás, főként lehangoltság	0	1	2
7. Testsúly csökkenése	0	1	2
8. Testsúly növekedése	0	1	2
9. Tartós hasmenés, székrekedés	0	1	2
10. Gyomorfájdalom (orvosi vizsgálat negatív)	0	1	2
11. Szédülés, ájulás	0	1	2
12. Szexuális vágy csökkenése	0	1	2
13. Tartós, 1-2 hétig tartó türelmetlenség	0	1	2
14. A munkaképesség 1-2 hétig tartó csökkenése	0	1	2
15. Indokolatlan fáradtságérzés, kimerülés	0	1	2

Irodalom

- Badura, B. (1992). Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In Paulus, P. (Ed.), *Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (43-52). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
- Balajti, I., Vokó, Z., Adány, R., & Kósa, K. (2008). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8, 147-161.
- Benkő, Zs. (2005). Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Benkő, Zs., & Tarkó, K. (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez* (13-29). Szeged: JGYF Kiadó
- Benkő, Zs., & Erdei, K. (2005). Az országos egészségfejlesztő mentálhigiénés felsőoktatási hálózat egy évtizedes tapasztalatai. *Egészségfejlesztés*, 46(1-2), 3-7.
- EVMSZ (2011). *A WHO Egészséges Városok Programja Magyarországon. Pécs: Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége*. Letöltve: 2014. 02. 17-én: http://www.hahc.hu/pageflip/a_who_egeszseges_varosok_programja_magyarorszag.html

- HODEF (2008). *Jelentés Hódmezővásárhely egészségi állapotáról*. Letöltve: 2014. 02. 10-én: <http://www.evp.hu/felmeresek/hodef-2008/>
- Hurrelmann, K., & Laaser, U. (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa
- Konkolý Thege, B., Martos, T., Skrabski, Á., & Kopp, M. (2008) A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 243-261.
- Kopp, M., & Fóris, N. (1995). *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Budapest: Végeken
- Kopp, M., & Kovács, M.E. (szerk., 2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2009). Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, 19(4), 32-53.
- Kopp, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). *Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research*. Berlin: Zentrale Universitätsdruckerei der FU Berlin
- KSH (2011). *Európai Lakossági Egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal Népesedési és Szociális Védelmi Statisztikai Főosztály
- KSH (2013). *2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS. 3. Területi adatok. 3.6. Csongrád megye*. Szeged: Központi Statisztikai Hivatal
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York – Oxford: Oxford University Press
- Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma (2008). Letöltve: 2014. 02. 17-én: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_hu.pdf
- Perczel Forintos, D., Kiss, Zs., & Ajtay, Gy. (szerk., 2012). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest Budapest: Semmelweis Kiadó
- Rahe, R.H., & Tolles, R.L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61-70.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., & Mészáros, E. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői, *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83-94.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin
- Selye, J. (1965). *Életünk és a stressz*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Susánszky, É., & Székely, A. (2013). A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In Susánszky, É., & Szántó, Zs. (szerk.), *Magyar Lelkiállapot 2013* (13-21). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Susánszky, É., Konkolý Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247-255.
- Szakács, F. (1994, szerk.). *Patopszichológiai vademecum*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Tarkó, K. (2013). Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon. In Tarkó, K., & Lippai, L. (szerk.), „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.” *Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára* (13-37). Szeged: SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.

- Tarkó, K., & Lippai, L. (2013, szerk). „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.” *Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára*. Szeged: SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet
- WHO (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Letöltve: 2014. 02. 19-én: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- WHO (2010a). *Mental health: Strengthening our response. Fact sheet N°220*. Letöltve: 2014. 02. 19-én: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- WHO (2010b). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Letöltve: 2014. 02. 20-án: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/
- WHO (2012) *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Letöltve: 2014. 02. 20-án: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

Lippai László, Tarkó Klára és Nádudvari Gabriella

A MŰVÉSZETEK ÉS A HOLISZTIKUS EGÉSZSÉG: A MŰVÉSZETTEL NEVELÉS MÓDSZERTANÁNAK EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI JELENTŐSÉGE⁹

Bevezetés

A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Karának Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézetében – Dr. habil. Tarkó Klára intézetvezető főiskolai tanár vezetésével –, valamint az Intézet kutatói által működtetett Szegedi Egészségfejlesztő Műhelyben – melyet intézetünk alapítója, Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna vezet – az egészség fogalmát multidiszciplináris elméleti és módszertani alapon közelítjük meg (Benkő, 2005). Az egészségtudományokban lezajlott paradigmaváltással egybehangzóan az egészséget olyan folyamatnak tekintjük, melyben éppúgy leképződik az egyén objektív és szubjektív hogylétének állapota, mint az, hogy a személy fejlődésének fizikális, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi aspektusa mennyire van összhangban saját lehetőségeivel, céljaival és külső életkörülményeivel (Benkő, 2005). Erre az egészségfogalomra épül számunkra az egészségfejlesztés tág meghatározása is, mely szerint az egészségfejlesztés az összes nem-terápiás egészségjavító tartalom és módszer gyűjtőfogalma (Benkő, 2005).

A művészetek és az egészségfejlesztés kapcsolatának jelentőségére mind az intézetben zajló képzések esetében, mind pedig a kutatóműhelyben zajló vizsgálatok vonatkozásában is értékes felismerésekre, tapasztalatokra tettünk szert az elmúlt évek, évtizedek során. Jelen tanulmány keretében e tanulságok összegzésére teszünk kísérletet.

9 Lippai László, Nádudvari Gabriella és Tarkó Klára (2019): A művészetek és a holisztikus egészség: A művészettel nevelés módszertanának egészségfejlesztési jelentősége. In Marosi Katalin (szerk.): *Művészeti Nevelés, Művészetre Nevelés a Felsőoktatásban: Konferenciakötet*. SZEK JGYF Kiadó, Szeged. 41-51. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

A művészetek és a holisztikus egészség: az egészségfejlesztési kiindulópont bemutatása

Az egészségfejlesztő szemléletmód alapjait az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1986-ban tartott első nemzetközi egészségfejlesztési konferenciája fektette le. E szakmai fórum záródokumentuma, az Ottawai Charta, egységes fogalmi keretben rendszerezte az egészségesélyek javítására szolgáló szerteágazó feladatokat és tevékenységeket. Ezzel egységes alapot biztosított a rendkívül különböző tudományos, módszertani és szakmabeli különbségeket felmutató, ám az egészség iránt elkötelezett szakemberek számára (Benkő, 2005).

A konferencia fő tanulsága az volt, hogy a lakosság egészséges életre való esélyének javítása csak részben valósítható meg az egészségügyi ellátó rendszer fejlesztésén keresztül. A résztvevő szakemberek nyomatékosították, hogy a környezetszennyezéshez és az egyéni döntésekhez kapcsolódó viselkedéses rizikótényezőkhez – pl. dohányzás, mozgásszegény életmód, egészségtelen táplálkozás – kötődő megbetegedések gyógyítása egyre nagyobb részét teszi ki az egészségügyi ellátó rendszer feladatainak. Azonban a krónikus betegségek megelőzésében, amely elsősorban a lakosság életmódjának függvénye, az egészségügyi ellátó rendszer önmagában tehetetlen (Lalonde, 1974).

Az elmúlt kétszáz évben a nyugati társadalmak lakosságának egészségi állapotában jelentős javulás következett be. Ebben az orvostudomány és az egészségügyi ellátó rendszer fejlődése vitathatatlanul nagy szerepet játszott. Emellett azonban legalább akkora, ha nem nagyobb jelentősége volt annak, hogy a nyugati társadalmak lakossága nagyobb anyagi biztonságban él, jobb az iskolázottsága, és lényegesen higiénikusabb környezetben él, mint kétszáz évvel ezelőtt (Lalonde, 1974). Napjainkra a lakosság életmódjához köthető krónikus megbetegedések aránya vált jelentőssé, oly mértékben, hogy ma Magyarországon minden második ember valamilyen krónikus betegségben szenved (Kovács és Tóth, 2015).

Ezt a tendenciát ismerték fel az ottawai konferencián, valamint annak a jelentőségét, hogy az egészségügyi ellátó rendszer *mellett* – a rendelők, kórházak, műtők falain *kívül* – is tegyünk valamit azért, hogy a lakosság – mindannyiunk – életkörülményei és életmódja az egészséget támogató irányba változzon (WHO, 1986).

Az Ottawai Chartában fogalmazódott meg, hogy az egészségfejlesztés folyamata azt segíti elő, hogy az emberek nagyobb befolyásra tegyenek szert az egészségüket meghatározó külső tényezők felett és önmaguk is változzanak egészségük érdekében. Az egészségfejlesztés céljai között tehát egyaránt szerepel (1) az egészséget alakító környezeti – természeti és társadalmi – tényezők feletti kontroll növelése és

(2) az egészségmagatartás egyéni döntésen múló aspektusainak fejlesztése (WHO, 1986; Benkő, 2005; Scriven, 2010).

Művészetek és a holisztikus egészség: a felsőoktatási kiindulópont bemutatása

Az Egészségügyi Világszervezet 1986-os kezdeményezése az oktatásra, így a felsőoktatásra is jelentős feladatokat ró. Az a törekvés, hogy az egészség fejlesztésének szempontjai helyet kapjanak a mindennapjainkban – „ott, ahol [...] tanul, munkát végez, játszik és szeret” (Benkő és Tarkó, 2005. 168. old.), olyan szakembereket is igényel, akik egyrészt egészségfejlesztő szemléletmóddal rendelkeznek, másrészt van „helyismeretük”, és ismerik annyira a mindennapi élet valamelyik *színterét*, hogy ott az egészségfejlesztés értékeinek megfelelő kezdeményezéseket tudnak tenni és megvalósítani.

A Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézete 1992 óta foglalkozik ilyen szakemberek képzésével.¹⁰ Intézetünk alapképzési és mesterképzési szakok, továbbá szakirányú továbbképzési szakok keretében képzett, és képez ma is egészségfejlesztő szakembereket.

Aktuális képzési portfóliónk *az alapképzési szakok* esetében a Rekreációs-szervezés és egészségfejlesztés alapképzési szakot és annak egészségfejlesztés szakirányát; valamint a Sport- és rekreációs-szervezés szak rekreációs-szervezés és egészségfejlesztés szakirányának egészségfejlesztés specializációját foglalja magába.

Mesterképzési szakok esetében az Egészségfejlesztés tanár tanári mesterszakon képeztünk leendő pedagógusokat, és a Mentálhigiénés közösség- és kapcsolatépítő mesterszakon pedig 2019. szeptemberi indulással fognak a lelki egészségfejlesztés és mentálhigiéné területén kompetens szakemberek képződni.

A szakirányú továbbképzési szakok a már diplomával rendelkező szakemberek számára nyújtanak diplomát adó képződési lehetőséget az egészségfejlesztés területén. A legváltozatosabb szakterületeken dolgozó résztvevők – például tanítók, tanárok, óvodapedagógusok, védőnők, menedzserek, népművelők, lelkeszek, orvosok, jogászok, rendőrök, katonatisztek – az Egészségfejlesztő mentálhigiéné szakirányú továbbképzési szakon és az Egészségfejlesztő kisebbség-koordinátor szakirányú továbbképzési szakon szerezhetnek egészségfejlesztő kompetenciákat.

¹⁰ ... annak jogelődje, az Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék... (a szerzők)

Néhány évvel ezelőtt Intézetünk képzési portfóliója a Stíluskommunikátor szakirányú továbbképzési szakkal bővült, amely a lelki egészségfejlesztés vonatkozásában is érdekes szakmai kapcsolódási lehetőségeket kínál, másrészt pedig a művészetek intézeti integrálása szempontjából is van jelentősége.

A szakirányú továbbképzési szakok vonatkozásában külön kiemelendők *a pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szakok*. Intézetünkben az érdeklődő pedagógusoknak az Egészségfejlesztő mentálhigiénikus pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szak, valamint az Egészségfejlesztő kisebbség-koordinátor pedagógus szakvizsgára felkészítő szakirányú továbbképzési szak keretében is van lehetőségük egészségfejlesztő tanulmányokat folytatni.

A fenti képzési szintek sajátosságainak figyelembe vételével minden képzésünk esetében arra törekszünk, hogy a leendő egészségfejlesztő szakemberek az egészségfejlesztés gyakorlata szempontjából meghatározó alaptudományok – vagyis a medicina, a szociológia, a pszichológia, a pedagógia és a sporttudomány – területén tájékozottak legyenek. Fontosnak tartjuk továbbá a készségfejlesztő tárgyak szerepét, melyek a személyiségfejlesztés és a kommunikációs készségfejlesztés mellett – a művészetekhez szorosan kapcsolódó – vizuál-, zene-, olvasás- és mozgáskultúra területén szerzett alapkompenciák kialakítását tűzik ki célul (Benkő és Erdei, 2003).

A fenti kompetenciák alapozzák meg az egészségfejlesztés és egészségnevelés gyakorlati megvalósítására felkészítő módszertani kurzusokat, részben az egészségpedagógia, részben az egészségfejlesztő projektmenedzsment, és bizonyos képzések esetében az életmódtanácsadás vonatkozásában is.

A vizuál-, zene-, olvasás- és mozgáskultúra oktatása a kezdetektől fogva fontos eleme képzéseinknek. Ez elsősorban intézetünk alapítójának – Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna – érdeme. Ő a kezdetektől, tehát már 1992 óta ragaszkodott ahhoz (Benkő és Lippai, 2001), hogy a művészetek markáns szerephez jussanak az egészségfejlesztők képzésében, és erre a feladatra a megfelelő oktatókat is megtalálta.

E tárgyak oktatása többszörösen is határterületnek tekinthető. Egyrészt, határterület abból a szempontból, hogy olyan szakemberekhez kívánjuk közel vinni a „művészettel nevelés” módszerét, akik önmaguk nem művészek, és nem művészeti tárgyak, témák oktatására vállalkoznak majd.

E tárgyak határterületet jelentenek pedagógiai céljuk szempontból is, mely annak bemutatására irányul, hogy a művészetek gondolat- és érzelmkifejező funkciójának sajátélményű megtapasztalása miként képes kihatni „az egészségre,

mint érték” megélésére és megtapasztalására. Bár a művészeti alkotások a társadalomnak szóló üzenetek közvetítésére és akár gyógyításra is alkalmasak lehetnek, az egészségfejlesztésben nem ezek a szempontok hangsúlyosak. Sokkal jelentősebb, hogy a művészetek eszközt és lehetőséget biztosítanak az önkifejezésre, a szellemi feltöltődésre és a közösségi élmény megélésére. Ebből a szempontból nem az a lényeges, hogy milyen művészi értékkel bíró produktum jut szerephez. A hangsúly azon van, hogy milyen személyes értékkel bíró narratívára ad az adott produktum lehetőséget. Függetlenül attól, hogy alkotóként vagy befogadóként kerülünk kapcsolatba a művészetekkel, egészségfejlesztési szempontból a művészetek ereje abban van, hogy életmódunk szerves részévé válva közvetlen hatással bírnak egészségünkre, lelki egészségünkre.

Bármely művészeti ágról is legyen szó, a közös nevezőt az Ottawai Charta egészségfejlesztő szemléletmódja, és az ennek megfelelő, tudományos alapokon nyugvó holisztikus egészségfogalom biztosítja (Benkő, 2016). Mielőtt e kölcsönhatást részletesebben kifejténénk, érdemes az egészség fogalmának holisztikus megközelítését is bemutatnunk.

Az egészség fogalmának holisztikus megközelítése

A hétköznapiakban az egészségről dichotóm módon gondolkozunk: valaki vagy egészséges, vagy beteg (Marks és mtsai, 2000). A két kategória között tehát merev határvonalat feltételezünk. Ez több szempontból sem kedvező az egészségünket befolyásoló szokásaink szempontjából. Ha magunkat az „egészséges” kategóriába tartozónak tartjuk, akkor ezt gyakran felmentésnek tekintjük az egészségünk megőrzése érdekében folytatandó szokások gyakorlása alól, mondván, hogy a „baj” mindig másokkal történik meg. Ha pedig a „beteg” kategóriába soroljuk magunkat, akkor pedig az várjuk, hogy gyógyítsanak meg bennünket, és kevésbé gondolunk arra, hogy ebben – például az életmódunk kapcsán – nekünk is lenne tennivalónk (Lalonde, 1974). Ez az egészségfelfogás láthatóan nem motiválja az embereket arra, hogy bármit is tegyenek saját egészségük érdekében. Ezt felismerve, az egészségtudományokkal foglalkozó szakemberek továbbgondolták az egészség fogalmát, például úgy, mint a WHO 1984-es meghatározásában, melyben „az egészség azt jelenti, hogy az egyén vagy csoport milyen mértékben képes realizálni törekvéseit és kielégíteni igényeit; hogyan tud alkalmazkodni környezetéhez, az egészséget tehát úgy lehet felfogni, mint a mindennapi élethez szükséges erőforrást, nem pedig mint életcél. Az egészség olyan pozitív koncepció, amely

az egyéni és társadalmi létfeltételeket, valamint a fizikai teljesítőképességet hangsúlyozza” (Naidoo és Wills, 1999. 20. old.). 1986-ban az Ottawai Charta is foglalkozik az egészség definíciójával: „... ahhoz, hogy az egyén vagy a csoport elérje a teljes fizikai, mentális és szociális jóllétet, képesnek kell lennie arra, hogy felismerje és azonosítsa vágyait, kielégítse szükségleteit és boldoguljon környezetével, vagy képes legyen megváltoztatni azt. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi és személyes forrásokat csakúgy, mint a fizikai képességeket” (Kishegyi és Makara, 2004. 9. old.).

Az egészség fogalmának kidolgozása nem állt meg ezen a ponton. Van, aki szerint az az egészség az egyén optimális teljesítőképességének állapota, amely révén be tudja tölteni azokat a szerepeket és feladatokat, melyekre szocializálódott.¹¹ Van, akik szerint az egészség a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség.¹²

Az 1997-es Dzsakartai Nyilatkozat az egészséget a társadalmi és gazdasági fejlődés szempontjából döntő, alapvető emberi jogként azonosítja, és előfeltételei közt olyan tényezőket emel ki, mint a béke, a lakhatás, az oktatás, a társadalmi biztonság, a társadalmi kapcsolatok, az élelem, a jövedelem, a nők jogai, a stabil ökoszisztéma, a források fenntartható felhasználása, a társadalmi igazságosság, az emberi jogok tiszteletben tartása és az egyenlőség. A Dzsakartai Nyilatkozat végül az egészséget leginkább veszélyeztető tényezőknek a szegénységet jelölte meg (Kishegyi és Makara, 2004; Pálmai, 2017).

A fentiekből is látható, hogy nehéz egységes egészségfogalmat alkotni. Mégis, az egészségnek különböző elemeit felvonultató meghatározások rávilágítanak arra, hogy az egészségről többdimenziós módon érdemes gondolkodni. Ezt kísérli meg a holisztikus egészségszemlélet, mely az egészségelemek teljes skáláját és azok kölcsönhatásait kívánja felölelni. A holisztikus szemlélet az egészség különböző elemeit minden esetben kölcsönhatásban és kölcsönös függőségben kezeli. A modern holisztikus egészségfogalom hat egészségelemet határoz meg:

- fizikális egészségdimenzió: amely a test megfelelő működésével összefüggő élettani folyamatokat foglalja magában;
- mentális egészségdimenzió: a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség;
- érzelmi egészségdimenzió: az érzelmek (félelem, öröm, bánat, düh, undor) megfelelő felismerésének és kifejezésének a képessége. Az érzelmi, vagy

¹¹ Talcot Parsons; vö. Pálmai (2017)

¹² Bernhard Badura, vö. Pálmai (2017)

affektív egészség a stresszel, depresszióval, és szorongással való megküzdést is jelenti.

- spirituális egészségdimenzió: az életünk értelmességéről alkotott meggyőződésünk, amely megnyilvánulhat például vallásgyakorlásban, személyes hitvallásban, de viselkedési elvekben és a lelki béke és a belső összhang elérésére való törekvésben is;
- társas egészségdimenzió: a másokkal való kapcsolatok kialakításának és fenntartásának képessége;
- társadalmi egészségdimenzió: a társadalomba való integrálódás igénye, lehetősége (Naidoo és Wills, 1999; Benkő, 2016; Pálmai, 2017).

A művészetek és a holisztikus egészségfogalom: kölcsönhatás

Az egészségfejlesztő szakemberek képzéseiben megvalósuló vizuál-, zene-, olvasás- és mozgáskultúra kurzusok tapasztalatai megerősítették az elképzelésünket, hogy a művészetek sajátélményű megtapasztalása – legyen az műalkotások befogadása, vagy a szó legtágabb értelmében vett művészetekkel összefüggő alkotás – a holisztikus egészségdimenziók mindegyikében hatást fejt ki. Részletezve:

- fizikális egészségdimenzió: a művészetek a stressz vonatkozásában egyaránt lehetőséget kínálnak a problémaközpontú megküzdésre azzal, hogy megragadhatóbbá tehetnek élethelyzeteket, de arra is alkalmasak, hogy a mindennapos stresszhelyzetekből való kiszakadásra, és feltöltődésre alkalmat biztosítva az érzelempontú megküzdés eszközévé váljanak. Mindkét esetben, a művészetek segíthetik a stresszel való megküzdést, ami élettani szempontból is kedvező folyamatokat indít el a testben (Selye, 1966; Smith és mtsai, 2005).
- mentális egészségdimenzió: a tiszta és következetes gondolkodásra való képességhez a művészetek azzal járulnak hozzá, hogy új, szokatlan szempontokat, nézőpontokat nyújthassanak egy-egy élethelyzet végiggondolásához;
- érzelmi egészségdimenzió: a művészi alkotás befogadása vagy megvalósítása során az érzelmek szerepe központi jelentőségű. A művészetekkel való foglalkozás során mélyebben és tudatosabban megélt élményekre tehetünk szert az érzelmek tekintetében is;
- társas egészségdimenzió: a művészetekkel való foglalkozás sok esetben az aktív szabadidőeltöltés egyik kiváló lehetősége, amely sokszor társas formában

történik, így jó lehetőséget kínál akár az emberi kapcsolatok ápolására csoportszinten is;

- de a társadalmi egészségdimenzió vonatkozásában kulturális szempontból is, ami viszont már a társadalomba való integrálódás igényét erősíti, illetve erre teremt lehetőséget;
- a művészetek vonatkozásában a spirituális egészségdimenzió is leképződhet. Az egészséges élet önmagában is művészet, mert olyan örömmel végzett szokások rendszerében ölt testet, mely a természeti és társadalmi környezet, a genetika, az anyagi helyzet stb. által behatárolt adottságok és lehetőségek alkotó módon történő, sajátosan egyedi összehangolását igényli.

A művészetek és az egészségfejlesztés: miért célszerű együttműködni?

1. példa: A lelki egészségfejlesztés növekvő társadalmi szükséglete. A Szegedi Egészségfejlesztő Műhely – vezetője Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna; kutatói: Dr. habil. Tarkó Klára, Dr. Erdei Katalin és Dr. Lippai László (Benkő és Erdei, 2003; Tarkó és Lippai, 2013) – a hódmezővásárhelyi önkormányzat felkérésére 2011-ben a lelki egészségfejlesztés hódmezővásárhelyi prioritásainak kialakításához szükséges adatokat feltáró reprezentatív vizsgálatot készített (Lippai és Erdei, 2014). Nézőpontunk szerint a lelki egészségfejlesztés olyan speciális egészségfejlesztő beavatkozás, amely elsősorban a holisztikus egészség mentális, érzelmi és spirituális dimenziójának fejlesztésére irányul. Ezt a célt az egészségfejlesztés teljes módszertani eszköztárának felhasználásával – az életmód egyéni / szervezeti / közösségi szintű befolyásolásával éri el. A lelki egészségfejlesztés, bár magában foglalja a pszichés zavarok rizikótényező-központú prevencióját – tehát a mentálhigiénés beavatkozásokat –, a lelki egészséget a holisztikus egészségfogalom szerves részeként kezeli, és a lelki egészség fejlesztését is az egészséget támogató életmódelemek fejlesztésén, valamint a természeti, társadalmi körülmények javításán keresztül valósítja meg.¹³ A 2011-es hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés során, statisztikai elemzéseink alapján három csoportot lehetett határozottan és élesen elkülöníteni: a mentálisan egészséges, a sérülékeny és a veszélyeztetett csoportot. E kategorizációnk kiindulópontja az volt, hogy az egyén lelki egészségét – a holisztikus egészség mentális, érzelmi és spirituális dimenzióinak szubjektív megélését – nagymértékben

¹³ részletesebben lásd Benkő (2005).

jellemzi az, hogy a mindennapok kihívásaihoz milyen mértékben tud az egyén alkalmazkodni.

A *mentálisan egészséges csoportba* sorolható személyeket úgy jellemeztük, mint akik megfelelő énerővel, önértékeléssel rendelkeznek. Ha erősen stresszkeltő – érzelmi sérülésekkel és társas-kapcsolati konfliktusokkal terhelt – élethelyzetbe kerülnek, általában képesek strukturáltan reagálni és aktívan megküzdeni a kihívásokkal.

A *sérülékeny csoportba* sorolható személy esetében a személy aktuális stresszhelyzetekre adott válasza kevésbé aktív, és a problémák, nehézségek hárításával jellemezhető. Gyakran leértékeli önmagát vagy környezetét, és a stressz vonatkozásában kifejezett adaptációs zavarok jellemzik. A mindennapos stresszhelyzetek hatékonyabb kezeléséhez ezért változnia kell, mégpedig az életmódjában rejlő erőforrások újszerű használata révén.

A *veszélyeztetett csoportba* sorolható személy esetében meglévő, külső és belső erőforrásai nem elegendők a mindennapi élet kihívásainak kezeléséhez. Súlyos mértékű adaptációs zavarok jellemzik, ezért mindenképpen külső segítségre szorul abban, hogy új megküzdési módokat, konfliktuskezelési eljárásokat tanuljon, és támaszt kapjon azok alkalmazásában. Vizsgálatunk egyik legfontosabb eredménye az volt, hogy a reprezentatív vásárhelyi lakossági mintánk esetében a mentálisan egészséges csoportba a megkérdezettek 43%-a, a sérülékeny csoportba a válaszadók 39%-a, a veszélyeztetett kategóriába pedig a kérdőívet kitöltők 18%-a tartozott.

Hangsúlyoznunk kell, hogy ez egy pillanatfelvétel a válaszadók lelki egészségéről. Még a veszélyeztetett csoport esetében is lehet a külső segítség igénye időleges, mert egy aktuális történés hatására alakult ki ez a helyzet. Az egyéni élethelyzetek, élettörténetek mérlegelése minden esetben szakember közreműködését igényli, aki jogosult és képes azt mérlegelni, hogy milyen jellegű külső segítségnyújtási forma a leghatékonyabb az adott személy esetében. Ha pszichoterápia szükséges, akkor a hozzáértő és felkészült *pszichoterapeuta* számára a művészetek terápiás eszközként jöhetnek szóba. Ilyenkor tehát speciális pszichoterápiás végzettséget, jogosultságot és kompetenciákat igénylő gyógyítási munka zajlik, amelyet pszichiáter vagy pszichológus végezhet. Ezekben az esetekben tehát elsősorban a pszichoterápiában kell jártasnak lenni, a művészetekben való jártasság másodlagos jelentőségű.

2. példa: A művészetek jelentősége a tudatos hangulatszabályozásban. Az egészségfejlesztő szakemberek lelki egészségfejlesztő és mentálhigiénés tevékenysége egyaránt irányulhat az aktuálisan mentálisan egészséges és a sérülékeny csoportra is.

Ahogy azt a megelőző fejezetekben említettük, ebben az esetben a vizuál-, zene-, olvasás- és mozgáskultúra – tehát a művészetek – hatékony eszközöket kínálnak a holisztikus egészség, és ezen belül a lelki egészség fejlesztésére.

Számos vizsgálat azt mutatja, hogy az életmódunkat jellemző rendszeres szokásoknak nagy szerepe van a hangulatunk, kedélyállapotunk szabályozásában. Robert. E. Thayer összegezte, hogy melyek azok a tudatos hangulatbefolyásolási módszerek, amelyekkel leggyakrabban élünk (Thayer, 2001). Részletezve:

- a szociális interakció, vagyis más emberek társaságának keresése
- a pozitív gondolkodás, nyomasztó gondolatok tudatos háttérbe szorítása
- a megkérdezettek fele zenével próbálta szabályozni hangulatát.
- olyan hétköznapi tevékenységek, mint a házimunka – pl. a takarítás vagy a kertészkedés - vagy a levelezés szintén gyakori hangulatjavító törekvésnek bizonyultak
- az idősök körében a vallási és spirituális tevékenységek is gyakran jelentős kedélyjavító hatásúnak mutatkoztak.
- A mérsékelt intenzitású testmozgás (pl. egy 10 perces tempós séta vagy tánc) hangulatjavító hatása azonnal jelentkezik,

Vegyük észre, hogy a vizuál-, a zene-, az olvasás- és a mozgáskultúra – tágabb értelemben tehát a művészetek – mindegyike értékes tartalmat és módot kínál a fenti hangulatbefolyásolási módszerek bármelyikének kivitelezéséhez. Ez is mutatja a művészetek szerepét és jelentőségét a lelki egészségfejlesztésben.

3. példa: a művészetek szerepe a toleranciára nevelésben. Az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézetben 2001 és 2004 közt, Prof. Emer. Benkő Zsuzsanna szakmai vezetése, és Dr. habil Tarkó Klára koordinálása mellett, 3 ország részvételével valósult meg egy nemzetközi oktatási pályázat „Integrált programok a tanítóképzésben” címmel.¹⁴ A pályázatban egy portugál partnerrel – Escola Superior de Educacao de Lisboa, Lisboa –, és egy osztrák partnerrel – Pädagogische Akademie des Bundes in Wien – olyan multikulturális nevelési módszerek kidolgozását és a résztvevő országok közti megosztását valósítottuk meg, amely mindhárom ország tanítói számára a magyar, az osztrák és a portugál népzene, néptánc és népmesék felhasználását segítette elő tanítási gyakorlatuk során (Tarkó és Benkő, 2005).

14 [2001. 10. 01. – 2004. 10. 01.] 94 320-CP-1-2001-1-HU-Comenius-C21

Következtetések

A vizuál-, a zene-, az olvasás- és a mozgáskultúra kurzusokon felnőtt, sok esetben diplomával már rendelkező felnőtt hallgatói kör vett / vesz részt. Tapasztalataink alapján, a felnőttek esetében is nagyon hasznos, de módszertanilag nem egyszerű feladat a művészetekre alapozó egészségfejlesztési módszertan alkalmazása. Sok esetben akadályt jelent: a) a saját kreativitás alulértékelése; b) a művészeti alkotáshoz szükséges készségek és tudás vélt vagy valós hiánya; c) a kiemelkedő művészi produktumok ismeretének gátló, elbátortalanító hatása. Meggyőződésünk, hogy e gátak feloldása a művészettel nevelés legfőbb feladata.

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe In Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez.*, Szeged, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 13-27.
- Benkő Zsuzsanna (2016): Homo Sanus: az egészséggel megáldott ember. In Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (szerk.): *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból.* Szeged, Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 25-32.
- Benkő Zsuzsanna és Erdei Katalin (2003): *Egészségfejlesztés felfokozva*, Szeged, JGYF Kiadó.
- Benkő Zsuzsanna és Lippai László (2001): Teljességigény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen. *Új Pedagógiai Szemle* 51(5), 36-53.
- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk., 2005): *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez.*, Szeged, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Kishegyi Júlia és Makara Péter (2004): *Az egészségfejlesztés alapelvei.* Budapest. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Kovács Katalin és Tóth Gergely (2015): Egészségi állapot. In Monostori Judit, Öri Péter és Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré.* Budapest, KSH NKI, 95-114.
- Lalonde, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document*, Ottawa, Government of Canada.
- Lippai László és Erdei Katalin (2014): Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten - a hőmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(4) 351-371.
- Marks, D. F., Murray, M. P., Evans, B. és Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and practice*, London – Thousand Oaks – New Delhi, Sage Publications.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés.* Budapest, Medicina Kiadó, 1999.

- Pálmai Judit (2017): A holisztikus egészségfogalom felé. In Lippai László (szerk.): *Holisztikus egészség, egészségmagatartás és egészségfejlesztés*. Szeged, Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet. 33-38.
- Scriven, A. (2010): *Promoting Health: A Practical Guide*. Edinburgh – London – New York – Oxford – Philadelphia – St. Louis – Sydney – Toronto, Baillière Tindall Elsevier.
- Selye János (1966): *Életünk és a stressz*. Budapest. Akadémiai Kiadó.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S. (2005): *Pszichológia – Atkinson & Hilgard*. Budapest. Osiris Kiadó.
- Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (2005): A magyar tanítóképzés megújítása – tananyagfejlesztés a Szegedi Tudományegyetemen. *Új Pedagógiai Szemle*, 55(7-8). 33-44.
- Tarkó Klára és Lippai László (szerk., 2013): „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért”. Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születés-napjára. Szeged, SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet
- Thayer, R. E. (2001): *Calm Energy: How People Regulate Mood with Food and Exercise*, Oxford, Oxford University Press.
- WHO (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Letöltés ideje: 2018. október 30. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

II. SZEMELVÉNYEK A LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS GYAKORLATÁHOZ

A STRESSZ ÉS A HOLISZTIKUS EGÉSZSÉG: MINDENNAPI TERHEK, JÓLESŐ IZGALMAK ÉS MEGKÜZDÉSI MÓDOK¹⁵

[...]

A stressz fogalmának meghatározása, tudományos vizsgálatának fontosabb irányzatai

Mire gondolhatunk akkor, ha a stresszről van szó? Van, aki erre a kérdésre úgy válaszol, hogy olyan a helyzetekre asszociál, amelyek megterhelőek, és amelyekben úgy érzi, hogy összezsapnak a hullámok a feje felett. Ebben a megközelítésben a stressz jelenségének fő összetevője az azt kiváltó helyzet, és annak objektív sajátosságai. Ez a kiindulópont a stresszel foglalkozó pszichológiai vizsgálatokban is azonosítható, mégpedig *a stresszt ingerként (stimulus) leíró elméletekben* (Marks és mtsai, 2000). Ebben a megközelítésben a kutatók a stresszt kiváltó *objektív* környezeti hatások azonosítására, kategorizálására és mérésére törekednek elsősorban.

Mire gondolhatunk még a stressz jelensége kapcsán? A környezeti kiváltó tényezők mellett legalább annyira markáns lehet *a stresszhez kapcsolódó reakciók megjelenése* is. Ezek alatt olyan testi vagy pszichés jellemzőket érthetünk, melyeket valaki rendszeresen megtapasztal a stressz vonatkozásában. A stressz járhat együtt kellemetlen feszültségérzéssel, fejfájással, gyenge koncentrációs készséggel, álmatlansággal, kimerültséggel. Ebből a szempontból a kutatókat elsősorban a stresszre adott testi és pszichés válaszreakciók foglalkoztatják, vagyis az, hogy milyen fizikális és pszichés jelei vannak annak, ha valaki stresszt él át. Ide sorolhatóak *a stresszre adott választ (reakciót) leíró modellek*, melyek erőteljesen kutatják a stressz élettanának jelentőségét, és azok az egészségpszichológiai vizsgálatok is, amelyek a stressz és a testi megbetegedések közti kapcsolat feltárására irányulnak (Marks és mtsai, 2000).

A stressz jelenségének harmadik lehetséges megközelítése abban tér el az előző két iránytól, hogy nagyobb jelentőséget tulajdonít a stresszt megtapasztaló személy

15 Lippai László (2019): A boldogság jelentősége a lelki egészség fejlesztésében. In: Benkő Zsuzsanna; Lippai László és Tarkó Klára (szerk.) *Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 91-100. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

szubjektív megélésének. Ebben az esetben nemcsak annak van jelentősége, hogy van egy megterhelő szituáció, hanem annak is, hogy az abban lévő személy *azt gondolja*, hogy ezt nem biztos, hogy fogja tudni kezelni. Ez a folyamat képezi a *stressz tranzakcionista modelljének alapját*, melyben a külső hatások és a saját erőforrások szubjektív értékelésének vizsgálata áll a középpontban (Marks és mtsai, 2000).

Mit érthetünk tehát a stressz alatt? Egy lényegre törő meghatározás szerint stressz akkor keletkezik, amikor az emberek a testi vagy pszichés jóllétüket veszélyeztető eseményekkel szembesülnek. A kiváltó eseményt *stresszornak*, az eseményre adott „válaszokat” pedig *stresszreakciónak* nevezzük (Smith és mtsai, 2005). A továbbiakban a stressz sajátosságait a fenti három megközelítés, tehát az inger, a válasz és a tranzakcionista nézőpont alapján fogjuk tárgyalni.

A stresszt kiváltó környezeti hatások sajátosságai: a stressz mint stimulus

A stresszt kiváltó környezeti hatások, tehát a stresszorok egészségpszichológiai vizsgálata számos olyan jellemzőt azonosított, amelyek önmagukban is elegendőek ahhoz, hogy egy környezeti eseményt a testi vagy pszichés jóllétünket fenyegető fejleményként értékeljünk (Smith és mtsai, 2005).

Ilyen lehet például egy *traumatikus esemény* bekövetkezése. Trauma, vagy traumatikus esemény alatt olyan mértékű negatív környezeti hatást értünk, amely messze meghaladja a személy mindennapjaira jellemző megterhelést. Általában az olyan események, mint a balesetek, bűncselekmények vagy a fizikai agresszió, a legtöbbünk életében nem mindennapos események, ezért trauma forrásai lehetnek (Marks és mtsai, 2000).

Stresszkeltővé válhat egy esemény akkor is, ha az *befolyásolhatatlannak* tűnik a számunkra, ha úgy érezzük, hogy az adott eseményre nincs ráhatásunk. Fontos kiemelnünk, hogy pszichológiai szempontból nem annak van jelentőség, hogy *ténylegesen* mekkora befolyásunk van egy esemény alakulására. Sokkal lényegesebb az, hogy miként *észleljük* a saját befolyásunk mértékét az adott környezet esemény alakulásában. Egy kísérletben a vizsgálati személyek egy lámpa felvillanását követően fájdalmas áramütést kaptak. A kontrollcsoportnak semmilyen befolyása nem volt a helyzet kapcsán, a kísérleti *csoport úgy tudta*, hogy a lámpa felvillanását követően, ha elég gyorsan reagál, és időben megnyom egy gombot, akkor méréselkelheti az áramütés mértékét. Valójában mindkét csoport három másodperces

áramutést kapott minden esetben, azonban a kísérleti csoport lényegesen kisebb mértékű stresszhatásról számolt be (*Bernstein. 2015*).

Hasonló a helyzet a *bejósolhatatlan* környezeti hatásokkal. A kutatási eredmények alapján nem előre jelezhető események stresszkeltő hatása jóval nagyobb a bejósolható, előre jelezhető környezeti hatásokhoz képest (*Smith és mtsai, 2005*).

Vannak olyan helyzetek, környezeti szituációk, amelyeket az önértékelésünket, a saját magunkról alkotott (én)képünket fenyegető teljesítményhelyzetként, *próbatételként* élünk meg. Az ilyen jellegű helyzetek – akár iskolai számonkérések, vizsgaszituációk is – szintén jelentős stressz forrásai lehetnek. Értelemszerűen itt sem pusztán a számonkérési helyzet a stresszkeltő, hanem attól válik azzá, hogy a teljesítményhelyzetben elért eredményeinktől *tesszük függővé* önmagunk megítélését (*Bernstein. 2015*).

Végül, a stresszkeltő helyzetek gyakori jellemzője még a belső konfliktusok megjelenése. Legtöbbször olyan döntést igénylő környezeti események következtében keletkeznek e belső konfliktusok, amikor vagy a) saját, ellentétes előjelű igényeink, szükségleteink együttesen jelen vannak a döntés esetében, vagy b) a döntésben érintett más személyek képviselnek egymással nehezen összeegyeztethető érdekeket, vagy értékeket (*Smith és mtsai, 2005*).

A fenti jellemzők bármelyikének fennállása önmagában is elegendő egy stresszor kialakulásához, azonban sok esetben megfigyelhető az is, hogy a stresszkeltő események a fenti jellemzők valamilyen kombinációjával írhatóak le.

Egészségfejlesztési szempontból fontos kiemelni az egészség holisztikus megközelítésének jelentőségét a stresszorként ható környezeti hatások azonosításában. A holisztikus egészségfogalom dimenziói e könyv korábbi fejezeteiben már részletesen bemutatásra kerültek. A holisztikus egészségfogalomnak, és az egészség fizikai, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenziójának jelentősége a stressz vonatkozásában úgy is megfogalmazható, hogy ha az egészség bármely fenti dimenziójában fenyegetve vagy veszélyeztetve érezzük magunkat, függetlenül annak realitásától, akkor az stresszorként fog ránk hatni.

A stressz fiziológiai, pszichés és viselkedéses következményei: a stressz mint válasz megközelítés

A stresszel kapcsolatos tudományos vizsgálatok második jelentős vonulata a jelenség következményeit helyezi középpontba. E nézőpont történeti kiindulópontját a biológiából ismert Walter B. Cannon homeosztázis fogalma képezi (*Stauder, 2007*).

E modell szerint az élő szervezetek legfontosabb élettani mechanizmusai arra irányulnak, hogy a belső környezetben, bizonyos tűréshatárokon belüli, állandóságot – „homeosztázist” – tartsanak fenn. A stressz válasz típusú megközelítésének első elmélete is Canon nevéhez fűződik, a Canon-féle vészreakció, amely akkor lép fel, ha egy környezeti veszélyre az élőlény aktívan reagál – harcol vagy menekül –, miközben ez az aktív reagálás felborítja a szervezet egyensúlyi állapotát (Stauder, 2007).

Az élő szervezet szempontjából a homeosztázis tartós felborulása potenciálisan ártalmas (vö. láz vagy kihűlés – a testhőmérséklet vonatkozásában, túl magas vagy túl alacsony vérnyomás stb.), ezért a stressz az élettani reakciók szintjén is kimutatható, jelentős folyamatokat indít el. E folyamatok fiziológiai vizsgálatának úttörője volt Selye János, aki a GAS – Generalizált Adaptációs Szindróma – modellben elsőként mutatta be a homeosztázis felborulásának eredményeként megjelenő stressz rövid és hosszú távú élettani következményeit (Selye, 1966; Smith és mtsai, 2005). A stressz rövid távú hatásai, Selye János megközelítésében, a stresszorra adott (1) alarm-reakcióhoz, az „üss vagy fuss” válaszként is ismert Canon-féle vészhelyzeti reakcióhoz köthetők. Selye Jánost azonban leginkább a tartós, elhúzódó stresszorokra adott élettani válaszok és következmények foglalkoztatták, tehát a (2) rezisztencia fázisa, amikor az élőlény szervezete élettanilag is alkalmazkodni próbál az elhúzódó stresszhatáshoz. Ha ez az alkalmazkodás elhúzódik, az vezet a GAS modell harmadik fázisához, a kimerüléshez, amely adaptációs betegségekhez vagy súlyos esetben az élőlény halálához vezethet (Selye, 1966; Bernstein és mtsai, 2015).

A stressz szubjektív: tranzakcionista megközelítés

A stressz inger- és válasz alapú megközelítésének van egy közös vonása, mégpedig az, hogy a stressz jelenségét valamilyen objektíven azonosítható külső vagy belső történéshez, folyamathoz köti. Mindkét megközelítés feltételezi, hogy bizonyos környezeti hatások vagy élettani folyamatok *egyforma mértékben* stresszkeltőek mindannyiunk számára.

Ezzel a megközelítéssel szakít a stressz tranzakcionista modellje, melyben a személy-környezet tranzakció vonatkozásában zajló kognitív értékelő folyamatok kedvezőtlen kimenete esetében beszélünk stresszről. Richard Lazarus stresszmodellje tehát az adott személyben zajló szubjektív, elsődleges és másodlagos értékelő folyamatok eredőjeként kezeli a stresszt, amely így ugyanabban a szituációban különböző személyek esetében teljesen különböző lehet.

Az *elsődleges értékelés* arra irányul, hogy mennyire fenyegető vagy ártalmas az adott szituáció a személyre nézve. Ebben az esetben sem az számít, hogy objektíve mennyire fenyegető vagy ártalmas a szituáció, hanem az a lényeges, hogy a személy mennyire *észleli* fenyegetőnek vagy ártalmasnak (pl. testi, pszichés, morális vagy bármilyen más szempontból).

A *másodlagos értékelés* folyamatában a személy-környezet tranzakcióban az egyén a saját képességeit mérlegeli, és annak szubjektív megítélésére irányul, hogy mennyire képes megküzdeni a fenyegetőnek vagy ártalmasnak ítélt helyzettel. Itt sem az számít elsősorban, hogy objektíven milyen képességekkel bír az adott egyén, sokkal inkább az számít, hogy miként vélekedik saját képességeiről az adott szituációban (Marks és mtsai, 2000).

Lazarus modelljének nagyon fontos következtése az, hogy stressz akkor lép fel, ha a két értékelés eredménye nem illik össze. Ekkor jut szerephez Lazarus másik fontos fogalma: a megküzdés. Meghatározása szerint „Megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket *úgy értékeli*, hogy azok felülmúlják vagy felemésztenek aktuális személyes erőforrásait” (Tiringer, 2007. 179. o.)

Éppúgy stresszkeltő lehet tehát, ha egy mérsékeltén ártalmas, mindennapos helyzet kezelésénél úgy érzi valaki, hogy nem elég felkészült a szituációra (pl. tanuló vezető a forgalomban). De stresszt élhetünk át akkor is, ha a felkészültségünkhöz, tudásunkhoz, gyakorlatunkhoz képest nagyon alacsony szintű kihívást jelentő feladatot kell megoldanunk. Ugyanakkor, egy potenciálisan életveszélyes és ártalmas szituáció sem feltétlenül okoz extrém mértékű stresszt, elsősorban akkor, ha a helyzet kezelésére kompetensnek és felkészültnek érezzük magunkat (pl. kaszkadőr, pilóta vagy veszélyes anyagokkal dolgozó kutatóorvos).

Egészséges stressz: létezik?

Az eddig bemutatott stresszmodellek alapján úgy tűnhet, hogy a stressz nem kívánatos és kerülendő része életünknek. Ezt azonban már a stresszkutatás úttörőjének tartott Selye János sem tekintette ennyire egyszerűnek. A korábban ismertetett Generalizált Adaptációs Szindrómát (GAS) csak a fenyegető, ártalmas élethelyzetekben jelentkező *distressz* leírására tartotta alkalmasnak. Ettől megkülönböztetett egy ún. *eustresszt*, ami nem más, mint az élettel együtt járó, „jóleső” izgalmak, amelyek életünk sava-borsát adják. Érdeemes azt is észrevennünk, hogy az eustressz új szempontot ad az stressz homeosztázisra építő megközelítéséhez: van, amikor

szándékosan törekszünk a homeosztázis kibillentésére, úgy, hogy azt egyúttal izgalmasnak, kellemesnek vagy jutalmazónak tartjuk.

Arról se feledkezzünk meg, hogy a distressztől is lehetünk – hosszú távon – egészségesebbek. Ez előző fejezetekből megismert Aaron Antonovsky mutatott rá arra, hogy a feldolgozott distressznek lehetnek *szalutáris* hatásai, abban az esetben, ha egy-egy ilyen stresszhelyzet hatására a későbbiekben kompetensebb módon alkalmazkodunk az olyan élethelyzetekhez, melyekhez korábban rosszul vagy egyáltalán nem tudtunk reagálni (Benkő, 2018).

Akár eustressről, akár feldolgozott distresszről van szó, Csíkszentmihályi Mihály flow koncepciója tovább finomítja az egészséges stresszről alkotott képet. Az áramlat-élményként is ismert modell fő jellemzője az, hogy a túlzott szorongás és a túlzott unalom véglete között van egy sáv, amelyet leginkább az jellemez, hogy az adott helyzetben rejlő kihívások és a képességeink összhangban vannak. Van annyi kihívás a helyzetben, hogy izgalmas legyen, és ne fulladjon unalomba a számunkra. Ugyanakkor viszont a helyzet kihívása kezelhetőnek tűnik számunkra, tehát nem olyan mértékű, hogy szorongást keltsen bennünk. Ebben a konstellációban éljük meg az áramlat-élményt, azt a kellemes tapasztalatot, hogy teljesen belefeledkezünk egy számunkra érdekes tevékenységbe (Csíkszentmihályi, 2001).

Alkalmazkodás a distresszhez – Általános Rezisztencia Erőforrások

Aaron Antonovsky szalutogenetikus elméletének megfelelően fontos hangsúlyozni, hogy a distresszhez való alkalmazkodás esélye és kimenetele nagymértékben függ a személy Általános Rezisztencia Erőforrásaitól. A stresszhez való alkalmazkodásnak, tehát a megküzdésnek van egy kiindulópontja, amely a stresszhelyzettől függetlenül is létezik, és nagymértékben befolyásolja aktuális stresszhelyzettel való megküzdés kimenetelét (Benkő, 2018).

Emlékeztetőül, Antonovsky Általános Rezisztencia Erőforrások alatt olyan biológiai, anyagi, lelki, szellemi, érzelmi, társadalmi, spirituális tényezőket értett, amelyek könnyebbé teszik az ember számára, hogy életét konzisztensnek, strukturáltnak és érthetőnek lássa. Tipikus rezisztencia erőforrások lehetnek: fizikai adottságok, egészségtudatos magatartás (egészséges életmód), a pénz, a tapasztalat, az önbecsülés, az az elköteleződés, a tudás, a hagyományok, a társas támogatás, a társadalmi integráció, a kulturális tőke, az intelligencia, hit, az Isten hit (Benkő, 2018).

Miként befolyásolhatják a fenti tényezők a stresszel való megküzdést? Nézzük meg egy hipotetikus példán keresztül. Tegyük fel, hogy egy fiatal házaspár kisgyermek egy hétvégén, késő este, életében első alkalommal belázasodik. A szülők ezt fenyegető és veszélyes helyzetnek élik meg, melynek kezelésében kevés tapasztalattal rendelkeznek, ezért nagyfokú stresszt élnek át. Ha azt nézzük, hogy miként küzdenek meg a szülők a fenti stresszhelyzettel, megállapíthatjuk, hogy megküzdési repertoárjukat nagymértékben befolyásolja az, hogy a stresszhelyzetet megelőzően milyen általános rezisztencia erőforrásokat alakítottak ki. Vannak-e olyan kapcsolataik, akikhez fordulni lehet társas támogatásért egy ilyen helyzetben? Tudnak-e gyorsan és hatékonyan tájékozódni, információhoz jutni? Milyen településen laknak? Milyen anyagi helyzetben vannak, meg tudják-e engedni maguknak a szükséges gyógyszerek megvásárlását? A fenti kérdések az Általános Rezisztencia Erőforrások meglétére irányulnak, tehát olyan – a stresszhelyzettől függetlenül is meglévő – körülményekre és készségekre, amelyek nagymértékben befolyásolják azt, hogy az egyén stresszhelyzetben mennyire széles repertoárból tud megküzdési módot választani. Összegezve tehát, a stresszhelyzetekhez való alkalmazkodásunk nemcsak a szűk értelemben vett egyéni stresszkezelési repertoárunktól, megküzdési készségeinktől függ, hanem a legtágabb értelemben vett életmódunktól, így Általános Rezisztencia Erőforrásainktól is.

Alkalmazkodás a distresszhez – megküzdési módok

A megküzdés¹⁶, tehát a distresszhez való alkalmazkodás módjának kérdése akkor merül, amikor már van egy jól azonosítható és konkrét esemény, helyzet vagy probléma, amelyet az egyén veszélyeztetőnek érzel, és amelyhez a személy – saját megítélése alapján – nem tud, nem képes vagy egyenlőre nem akar alkalmazkodni.

A stresszel való megküzdés vonatkozásában két, markánsan eltérő stratégiát különböztetünk meg: a problémaközpontú és az érzelemközpontú megküzdési módot (*Folkman és Lazarus, 1980*).

A problémaközpontú megküzdési mód esetében az egyén úgy próbál alkalmazkodni a stresszkeltő helyzethez, hogy a problémát jelentő helyzetre, szituációra valamilyen reális, valós, objektív megoldást próbál találni. Ez jelentheti a stresszkeltő helyzetre való hatékony felkészülést éppúgy, mint a stresszkeltő helyzet megismétlődése ellen tett valós, reális lépések megvalósítását (*Folkman és Lazarus, 1980*).

¹⁶ angol szakkifejezéssel: „coping”

Pedagógiai kontextusból vett példán, a tanulók esetében, az iskolai számonkérések jelentette stresszel való megküzdés problémaközpontú módja lehet például az, ha a tanuló felkészül – tanul – a számára stresszkeltő számonkérési alkalomra. Ennek az egyszerű kijelentésnek a hátterében sokszor meglehetősen összetett akadályok húzódnak meg: részképesség zavarok, időgazdálkodási nehézségek, tanulásmódszertani hiányosságok stb. A problémaközpontú megküzdés esetében is fontos figyelembe venni ezeket a potenciális nehézségeket, akadályokat jelentő tényezőket, de oly módon, hogy a stresszkeltő helyzetet enyhítő, gyakorta viselkedéses formában is megjelenő megoldás hatékony kivitelezését tartsuk szem előtt.

A stresszkeltő helyzetekhez való alkalmazkodás másik útja az érzelempözpontú megküzdés. Ebben az esetben a személy arra törekszik, hogy a stresszkeltő helyzet, szituáció által keltett negatív érzelmek elhatalmasodását megakadályozza. Ebben az esetben a személy nem a konkrét stresszkeltő szituációval foglalkozik, hanem a benne keletkezett negatív érzelmek feloldására, feldolgozására törekszik. Ez a stratégia értelemszerűen nem változtat a stresszkeltő helyzet realitásain, ezt meg sem kísérli. Azon próbál „csupán” enyhíteni, hogy a személy ezt miként éli meg (*Smith és mtsai, 2005*).

A számtalan rendelkezésünkre álló érzelempözpontú megküzdési mód esetében leginkább a lehetőségek csoportosításában érdemes gondolkodni. Az egyik lehetséges csoportosítási mód – amely az egészségfejlesztés szempontjából is kiemelten fontos – az, hogy egészséget javító vagy károsító megküzdési módokról van-e szó. Az érzelempözpontú megküzdési módoknak ugyanis egyaránt részét képezhetik egészséges és az egészségre ártalmas életmódelemek, magatartásformák is. A stresszhelyzetben keletkező negatív érzelmek feloldására a holisztikus egészségfogalom szempontjából pozitív, egészséget javító magatartásformák (vö. például családi és / vagy baráti kapcsolatok révén társas támogatás igénybe vétele, vagy a mérsékelt intenzitású testmozgás) éppúgy alkalmasak lehetnek, mint a holisztikus egészségfogalom szempontjából az egészségesélyeinket rontó magatartásformák (vö. például a nagyívás, drogfogyasztás). (*Smith és mtsai, 2005; Marks és mtsai, 2000*)

Az érzelempözpontú megküzdési módok esetében figyelembe vennünk, hogy egyes magatartásformák lehetnek tudatosak, de bizonyos érzelempözpontú megküzdési mechanizmusok tudattalan formában nyilvánulnak meg.

Tudatos érzelempözpontú megküzdési módra lehet példa az, amikor a személy *úgy dönt*, hogy negatív érzelmei feloldása érdekében testmozgást végez, társaságba megy vagy imádkozik.

A tudattalan megküzdési módok első leírása Sigmund és Anna Freud nevéhez köthető. A pszichoanalitikus szakirodalomban elhárító mechanizmusokként leírt tudattalan folyamatok közös jellemzője az, hogy az egyént úgy mentesítik egy számára kellemetlen tudattartalomhoz kapcsolódó negatív érzelemtől, hogy annak tudatosulását részben vagy egészében gátolják. Számos elhárító mechanizmust alkalmazhatunk, ezekből Sigmund Freud az *elfojtás* szerepét hangsúlyozta. Az elfojtás esetében a személy „megfeledkezik” a számára kellemetlen helyzetről, úgy, hogy a realitás szempontjait figyelmen kívül hagyó tudattalan folyamat lezajlásának következtében a kellemetlen tudattartalom kirekesztődik a tudatból. A negatív érzelmek szempontjából az elfojtás gyakran csak időleges megoldás, ha a valóságban az egyénnek mégis szembesülnie kell az elfojtott helyzettel, akkor a szituációhoz kapcsolódó negatív érzelmek erőteljesebben jelentkeznek (Carver és Scheier, 2006; Smith és mtsai, 2005)

Az érzelemlámpontú megküzdési módok további csoportosítási lehetőséget jelent az adott megküzdési mód hosszú távú következményeinek mérlegelése is. A nyilvánvalóan hátrányos megküzdési módok (pl. nagyívás) mellett érdemes figyelni arra, hogy vannak olyan érzelemlámpontú megküzdési módok, amelyek rövidtávon semlegesnek vagy akár pozitívnak is tűnhetnek, de hosszú távon egyértelműen hátrányos következményekkel járnak. Erre lehet példa túlzott mértékű internethasználat vagy televízió nézés. Ezekben az esetekben nem önmagában a televíziónézés vagy az internetezés ártalmas, hanem az jelent gondot, ha a negatív érzelmek általános kezelési stratégiájává válnak ezek a tevékenységek, és így az egyén rengeteg más élménytől, tapasztalattól megfosztja magát. Elsősorban tehát nem a tevékenység károsít, hanem az, mit *nem* tapasztal meg a személy a túlzott mértékű internethasználat vagy televízió nézés következtében.

Fontos észrevennünk azt is, hogy az egészséges életmód rövidtávú stresszoldó hatása mellett hosszú távú előnyökkel is járhat, legyen szó arról, hogy valaki rendszeresen végez mérsékelt intenzitású testmozgást, rendszeresen imádkozik, vagy ápolja családi, baráti és rokoni kapcsolatait (Smith és mtsai, 2005).

Felvetődhet a kérdés, hogy melyik megküzdési mód hatékonyabb a mindennapi életben. Az egészségpszichológiai kutatások tanulsága az, hogy a problémaközpontú vagy az érzelemlámpontú megküzdési mód hatékonysága a stresszhelyzet jellegétől függ. Ha a stresszhelyzetben van reális, racionális megoldás, akkor a problémaközpontú megküzdésre érdemes nagyobb hangsúlyt fektetni. Abban az esetben, ha a stresszt kiváltó helyzetre, problémára nincs ráhatásunk, vagy nem kínálkozik reális változtatási lehetőség, akkor az érzelemlámpontú megküzdési módokra érdemes fókuszálni (Smith és mtsai, 2005). Bármennyire is egyszerűnek

hangzik a fenti kijelentés, a mindennapokban a stresszt kiváltó helyzetek felmérése nagyon is bonyolult feladat lehet. A stresszkezelési problémák hátterében is gyakran az áll, hogy a problémaközpontú megküzdésre is lehetőséget adó helyzetekkel érzelmközpontúan akarunk megküzdenni, vagy fordítva (Marks és mtsai, 2000; Bernstein, 2015). Azt, hogy ez a nehézség mennyire nem újkeletű, nagyon jól mutatja Assisi Szent Ferenc alábbi imája:

*Uram, adj türelmet,
Hogy elfogadjam, amin nem tudok változtatni,
Adj bátorságot, hogy megváltoztassam,
Amit lehet,...
.... és adj bölcsességet,
Hogy a kettő között különbséget tudjak tenni.*

A holisztikus egészségfogalomnak a megküzdési módok szempontjából is van jelentősége. A fent bemutatott megküzdési módokat és lehetőségeket áttekintve megállapíthatjuk, hogy a holisztikus egészségdimenziók mindegyikében azonosítható a problémaközpontú vagy az érzelmközpontú megküzdés szempontjából hasznos, értékes magatartásforma. Kijelenthetjük tehát, hogy ha a holisztikus egészségfogalom bármelyik dimenziójában – tehát a fizikális, a mentális, az érzelmi, a spirituális, a társas vagy a társadalmi dimenzióban javulnak az egészségesélyeink, az egyúttal a megküzdési repertoárunkat – másként fogalmazva: a stresszkezelési eszköztárunkat – is gazdagítja.

Irodalomjegyzék

- Benkő Zsuzsanna (2018): Homo Sanus: az egészséggel megáldott ember. In: Tarkó Klára, Benkő Zsuzsanna (szerk.): *“Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”*: Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. 25-32. pp.
- Bernstein, D. (2015): *Psychology: Foundations and Frontiers*. 10th Ed. Cengage Learning, Boston.
- Carver, C. S. és Scheier, M. F.(2006): Személyiségpszichológia. Osiris Kiadó, Budapest
- Csikszentmihályi Mihály (2001): *Flow: az áramlat: a tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Folkman, S. és Lazarus, R. S. (1980): An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), pp. 219-239
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. és Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and practice*. Sage Publications, London; Thousand Oaks; New Delhi.

Selye János (1966): *Életünk és a stress*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S. Fredrickson B. L., Loftus, G. R. (2005): *Atkinson & Hilgard Pszichológia*, Osiris Kiadó, Budapest.

Stauder Adrienne (2007): Stressz és stresszkezelés. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 153-176 pp.

Tiringer István (2007): Megküzdés (coping). In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 177-198 pp.

A BOLDOGSÁG JELENTŐSÉGE A LELKI EGÉSZSÉG FEJLESZTÉSÉBEN¹⁷

A lelki egészség és a holisztikus egészségfogalom

A lelki egészség oldaláról kezdve a fejezet témájának kifejtését, az „ép lélek” kérdése és testhez való kapcsolódásának kérdése már az ókori görög és római kultúrkörben is felmerült. A lelki egészség vonatkozásában gyakori asszociáció az „Ép testben és ép lélek” szólásként ismert mondattöredék. Érdeemes azonban tudni, hogy ez a mondat Decimus Iunius Iuvenalis 10. szatírájának egyik verssorának fele, a teljes verssor úgy szól, hogy „Azért kellene imádkozni, hogy ép testben ép lélek legyen”. Természetesen egy szatirikus versnek számos értelmezése, kontextusa lehet, és lényegét éppen többértelműsége adja. Az egyik lehetséges értelmezése e versnek az, hogy igazából két értelmes kéréssel fordulhat a római polgár az isteneihez, ép testért és ép lélekért. A kettő tehát nem biztos, hogy együtt jár, és ez a két valóban fontos dolog az életben, és a fontos dolgok fontosságát az is jelezte az ókori Rómában, hogy a polgárok imádkoztak érte.

Napjainkban az egészség ugyanolyan központi érték életünkben, mint amilyen az ókori Rómában volt, azonban az egészségtudományok fejlődésével az egészség jelenségét és folyamatát is alaposabban szeretnénk feltárni. A kérdés összetettségét jól mutatja az a holisztikus egészségfogalom, amelyet Benkő (2016) Homo Sanus koncepciójának keretében értelmez újra. A Homo Sanus, az egészséget az élet központi értékének tekintő ember, Benkő (2016) megközelítésében, az egészséget nemcsak a test megfelelő működésének szűk – fizikális – értelmében éli meg. A fizikális egészségen túlmenően, az egészség szerves részének tekinti a tiszta és következetes gondolkodás képességét (mental health), az érzelmi élet kiegyensúlyozottságát (emotional health), az élet értelmességének megélését (spiritual health), a társas kapcsolatainak működőképességét (social health), és a társadalomba való integrálódásának minőségét is (Societal health) (Ewless és Simnett, 1996; Benkő 2016).

17 Lippai László (2019): A boldogság jelentősége a lelki egészség fejlesztésében. In: Benkő Zsuzsanna; Lippai László és Tarkó Klára (szerk.) *Az egészség az életünk tartópillére : Egészségtanácsadási kézikönyv*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged. 101-109. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

A lelki egészség összetett folyamata kölcsönhatásban van a fenti holisztikus egészségfogalom minden aspektusával, egyenlővé azonban nem tehető a két jelenség. Megközelítésünkben a lelki egészség elsősorban a mentális, az érzelmi és a spirituális egészségdimenzió kombinációjának szubjektív megélését jelenti. Más szavakkal kifejezve, *a lelki egészség a bennünk zajló szubjektív történések érzelmi harmonikusságát, gondolati és spirituális összerendezettségét és realitását foglalja magában.*

Lelki egészség és boldogság

A lelki egészség és boldogság fogalma szorosan kapcsolódik egymáshoz. Nem szinonimái egymásnak: a lelki egészség átfogóbb, összetettebb jelenséget foglal magában, míg a boldogság olyan hangulat, amely lényegi elemét képezi ugyan a lelki egészségnek, de szerepe nem korlátozódik a lelki egészség jelenségkörére.

A lelki egészség a szubjektív jóllét magasabb szintjével jár együtt (Lippai és Erdei, 2014). A szubjektív jóllét – ahogy azt Ed Diener, a témakör meghatározó kutatója kifejti (vö. Diener, Lucas és Oishi, 2001) – a XX. században a boldogság tudományos megfelelője volt. Azért volt erre a fogalomra szükség, mert sokáig a kutatók tartottak attól, hogy a „boldogságot” tudományos vizsgálat tárgyává tegyék, főként azért, mert tartottak attól, hogy ezt a kifejezést miként fogadja majd a tudományos közélet.

A boldogság, mint kutatási téma megítélésében Seligman és Csíkszentmihályi (2000) pozitív pszichológiai kiáltványa után következett be markáns fordulat. E tanulmány jelentősége abban áll, hogy rámutat a XX. században zajló pszichológiai kutatások sajátos egyoldalúságára: arra, hogy a kóros pszichés folyamatokat előtérbe helyező pszichológiai kutatások túlreprezentáltak, és a pozitív előjelű pszichés folyamatok tudományos igényű vizsgálata nem kellő mélységű. Ez az állásfoglalás lendületet adott a pozitív pszichológiai témák vizsgálatához, így a „szubjektív jóllét” akkor már több évtizedes múltra visszatekintő kutatási eredményei is más megvilágításba kerültek (Diener, Lucas és Oishi, 2001).

A boldogság: érzelem vagy hangulat?

A boldogság – szubjektív jóllét –, annak ellenére, hogy a mindennapokban érzelmeként fogalmazzuk meg (pl. *„boldoggá tettél ezzel a mondatoddal”*), a pszichológiai kutatások alapján hangulatnak tekinthető. Az érzelmek kiváltó oka mindig ismert a számunkra (pl. ez a dolog örömet okozott, az a történet bosszússá tett), és ha nem is múlik el rögtön, ahogy kilépünk a kiváltó helyzetből, az érzelmek fennállása semmiképp se tekinthető tartósnak. A hangulatok, ezzel szemben, a pillanatnyi szintnél tartósabb, hosszabb ideig fennálló, mélyreható színezetét adják közérzetünknek. Pontos kiváltó okát nem tudjuk meghatározni, és általában az érzelmeinket is átszínezhető, az a tartós hangulati állapot, ami jellemez bennünket (Thayer, 2003). A boldogság tehát olyan hangulat, amely a pillanatnyi élethelyzeten túlmutató, az élet egy adott periódusára vonatkoztatható pozitív közérzettel jár együtt (Lyubomirsky, Sheldon és Schkade, 2005).

Fontos megjegyezni azonban, hogy a boldogság / szubjektív jóllét túlmutat a szimpla optimizmuson vagy pesszimizmuson. Érdekes végiggondolni e személyiségvonás megnyilvánulását a boldogság kritériumai szempontjából. A normalitás paramétereinek megfelelő humán viselkedés keretében is lehetséges az, hogy az optimizmusát valaki kellő realitáskontroll nélkül, túlzott magabiztossággal élni meg. Másfelől viszont, lehetséges a pesszimizmusból fakadó kételkedést reális keretek közt tartva, értelmes és végiggondolt döntéshozás keretében alkalmazni. A realitáskontroll nélküli optimizmus tehát éppúgy boldogtalansághoz vezethet, mint a realitáskontroll nélküli pesszimizmus. Másrészt, az élet értelmességének megéléséhez, más más úton keresztül, de optimista és pesszimista alapról egyaránt el lehet jutni (Seligman, 2004).

Pszichológiai kutatások alapján, ahogy azt Lyubomirsky és mtsai (2005) mértékadó összegzése bemutatja, három fő tényezőnek van hatása a tartós pozitív közérzet, tehát a boldogság szintjére.

Az első hatótényező az erőteljes genetikai hatás alatt álló hangulati alapállapot. A genetikai tényezők személyiségre gyakorolt hatására kevesebbet szoktunk gondolni, pedig az emberi génállomány közel fele nagy valószínűséggel a személyiségre vonatkozó információt kódolhat (Carver és Scheier, 2006). Ez azonban első sorban azt jelenti, hogy van genetikai hatás a személyiségvonásaink, érzelmeink és hangulataink hátterében, és nem feltétlenül jelenti azt, hogy e személyiségvonások, érzelmek és hangulatok genetikailag determináltak lennének.

Buss és Plomin (1984) alapkutatásai alapján beszélhetünk temperamentumokról, vagyis olyan személyiségvonásokról, ahol erőteljes – de nem kizárólagos – genetikai hatás mentén alakuló személyiségjellemzőkről beszélünk. E temperamentumok közé tartozik például az aktivitási szint, illetve a szociabilitás is, mely vonások nagymértékben hozzájárulhatnak ahhoz, hogy alapján véve „dúrban vagy mollban hangolt”¹⁸ alapállással lépünk-e be egy-egy élethelyzetbe. Kiemelendő azonban, hogy az életkor előrehaladtával a genetikai mértéke is alakul. Főként a serdülőkort követően élettapasztalataink jelentős mértékben felülírhatják a genetikai tényezőkben kódolt tendenciákat (Carver és Scheier, 2006).

Ez a genetikailag hangolt dúr vagy moll alaphang jellemezheti hangulati életünket, de életkörülményeink és akaratlagos szokásaink révén a genetikai diszpozícióban kódolt hangulati előjel tényleges megnyilvánulása jelentősen megváltozhat. A genetikai diszpozíció megnyilvánulására, kisebb mértékben és rövid ideig, az *életkörülmények állandó szintje és változása is kihat. Ez tehát a boldogság tartós szintjét alakító második fontos hatótényező*. Ebbe a kategóriába a velünk történő jó és rossz életesemények mellett a családi állapottal, foglalkoztatottsággal vagy éppen a munkanélküliséggel, a jövedelemmel és a testi egészségi állapottal összefüggő átmeneti, vagy tartós hatással járó élethelyzetek tartoznak.

Ezt a kategóriát – tehát az életünket befolyásoló környezeti hatásokat – gyakran érezzük a boldogságot alakító legfontosabb tényezőnek. A pszichológiai vizsgálatok viszont azt mutatták ki, hogy *az életkörülmények hatása a boldogságra, a szubjektív jóllétünk tartós szintjére átmenetinek, időlegesnek tekinthető*. A legtöbb esetben ennek az a magyarázata, hogy gyorsan adaptálódunk az új életkörülményekhez, a kedvező vagy kedvezőtlen életeseményekhez, és ezért e tényezők hatása kevés esetben tartós (Lyubomirsky, Sheldon és Schkade, 2005).

A boldogság tartós szintjét alakító harmadik kategória a szándékos tevékenység. Ebbe a kategóriába tartozik minden olyan szándékos és erőfeszítést igénylő tevékenység, amely magától nem történik meg, de kitartó művelése hozzájárul a hangulati alapállapothoz. Ez megnyilvánulhat viselkedéses szinten. Ebben az esetben a személy olyan *viselkedéses szokásokat* alakít ki, amelyek saját tapasztalatai alapján is hozzájárulnak jó közérzetéhez. Ez leggyakrabban proszociális viselkedésformákban vagy valamilyen testmozgásban nyilvánul meg. A szándékosság tehát abban jelenik meg, hogy a személy kísérletezik, és kitapasztalja a számára hangulatjavító

18 Erdei Katalin kifejezésével (szóbeli közlés).

viselkedéselemet. Az erőfeszítés pedig e viselkedésformák tudatos gondozásában, fenntartásában nyilvánul meg. Az aktív szabadidő-eltöltésre való örömteli, egyben tudatos törekvés nagymértékben hozzájárulhat e viselkedésformák felfedezéséhez és fenntartásához (*Lyubomirsky, Sheldon és Schkade, 2005*).

A viselkedéses szint mellett *kognitív szokásaink* alakítására is van lehetőségünk. Ez olyan gondolkodásformák elsajátítását jelenti, mint a problémát jelentő helyzetek újraakartozása. Ez lényegében egy-egy élethelyzet értékelése során az érzelmi felülemelkedés, a helyzetből fakadó hátrányok józan mérlegelésére való törekvést, és végső soron ezek újraértékelését jelenti. Hasonló hatással jár a hála végiggondolása és megélése. Nem véletlen, hogy a hitélet keretében, különösen a zsidó-keresztény kultúrkörben e kognitív szokások kialakítása, fenntartása és minél mélyebb átélése központi szerepet játszik (*Lyubomirsky, Sheldon és Schkade, 2005*).

Nincs ez másként a személyes életcéljaink megvalósítására törekvés közben megélt szubjektív jóllét, boldogság vonatkozásában sem. Az *élet értelmességének érzése*, különösen a saját életünk értelmességébe vetett hitünk nem alakul ki egyik pillanatról a másikra: a személy tartós, szándékos erőfeszítését igényli. Ebben - intézményesült szinten – szintén játszhat szerepet a hitélet.

E három tényező – a genetikai hatás alatt álló hangulati alapállapot, az életkörülmények és a szándékos tevékenység – együtt, egyszerre fejti ki hatását. A szubjektív jóllétre, boldogságra gyakorolt hatásuk mértéke azonban különböző. *Lyubomirsky és mtsai (2005)* metaelemzése alapján a genetikai hatás mértéke nagyjából 50%-ra, az életkörülmények hatása 10%-ra, míg a szándékos tevékenység jelentősége 40%-ra tehető. A lelki egészségfejlesztés szempontjából, amikor az egyének egészségesélyeinek javítására törekszünk, mindenképpen fontos eredmény, hogy az életkörülmények és a szándékos tevékenységek együttes, kedvező hatása, a normalitás keretei közt, ellensúlyozhatják akár kedvező, akár a kedvezőtlen genetikai predispozíciókat.

Lelki egészség és boldogság: hazai helyzet

A lelki egészség és a boldogság kölcsönhatására vonatkozóan hiánypótló hazai adatok is rendelkezésünkre állnak. Kutatócsoportunk – Benkő Zsuzsanna, Erdei Katalin, Tarkó Klára és e sorok írója –, 2011-ben lelki egészségfelmérést végzett egy közepes méretű magyar városban, Hódmezővásárhelyen. A felnőtt lakosság körében végzett reprezentatív vizsgálat 1839 fő lekérdezésével zajlott le. A lelki

egészség számos vonatkozására kiterjedő vizsgálat két elemét van módunk alaposabban elemezni jelen írásunkban: a lelki egészséget egészében jellemző, szűrővizsgálati eredményeket, valamint a szubjektív jóllét adatait.

A lelki egészségfelmérés keretében, a kutatócsoportunk által kifejlesztett Mentális Állapotfelmérő Kérdőív segítségével elemeztük a hódmezővásárhelyi lakosság adatait (Lippai és Erdei, 2014). A Mentális Állapotfelmérő Kérdőív célja egy „pillanatfelvétel” készítése a lelki egészség indikátorainak felhasználásával. Nem alkalmas pszichodiagnosztikai jellegű következtetések, diagnózisok megállapítására, de ez nem is célja a mérőeszköznek. Ahhoz szolgáltat adatokat, hogy egy személy egy adott pillanatban a mentálisan egészséges, a sérülékeny vagy a veszélyeztetett csoportba sorolható-e inkább.

A mentálisan egészséges csoportba tartozó egyének megfelelő énerővel és önértékeléssel rendelkeznek. Ha nehéz, érzelmileg megterhelő és stresszkeltő élethelyzetbe kerülnek, akkor arra képesek strukturáltan reagálni. Aktívan és megfelelően alkalmazzák a problémaközpontú és érzelemközpontú megküzdés eszköztárát az életük kihívásaival való megküzdés során. Ehhez megfelelő erőforrásokkal is rendelkeznek. Az aktuálisan a mentálisan egészséges csoportba sorolható egyének is tapasztalnak kellemetlen, negatív érzéseket és feszültségeket, azonban képesek ezeket kontrolláltan megélni (Lippai és Erdei, 2014).

A sérülékeny csoportba tartozó egyének esetében ez már csak részben történik meg. A sérülékeny csoportba tartozók egyének a problémákra, aktuális stresszhelyzetekre jellemzően a problémák, nehézségek hárításával reagálnak. Ennek háttérben mentális leértékelési folyamatok húzódnak meg, önmaguk vagy társas környezetük vonatkozásában. Aktuális stresszkezelési eszköztáruk a mindennapos helyzetek rugalmatlan, merev kezelésére elegendőek. Ennek következtében ahhoz, hogy az érzelmi sérülésekkel és társas kapcsolati konfliktusokkal terhelt élethelyzeteiket kezelni tudják, változniuk kell. Ehhez új szokások, életvezetési módszerek elsajátítására van szükség, és meg kell tanulniuk meglévő erőforrásaikat hatékonyabban felhasználni (Lippai és Erdei, 2014).

A veszélyeztetett csoportba tartozó egyének aktuálisan nem képesek a mindennapos stresszhelyzetek kezelésére sem. Élethelyzeteik feszültséggel, érzelmi sérülésekkel, szociális konfliktusokkal és kapcsolati problémákkal terheltek. Váratlan, megterhelő nehézségek esetében súlyos döntési dilemmát élnek meg, és képtelenek reagálni, lebénulnak. A meglévő akár külső, akár belső erőforrásaik nem elégségesek ahhoz, hogy a mindennapi élet kihívásait kezelni tudják. A Mentális Állapotfelmérő Kérdőív alapján annyi állapítható meg, mindenképpen külső segítségre, támaszra szorulnak azért, hogy a stresszel való megküzdés új módjait, erőforrásaik

gazdagítását, és hatékonyabb konfliktuskezelési technikákat sajátítsanak el (Lippai és Erdei, 2014).

A vizsgálatunk eredményei alapján, a hódmezővásárhelyi reprezentatív mintában a mentálisan egészséges csoportba sorolható személyek aránya 43%, a sérülékeny csoportba a válaszadók 39%, míg a veszélyeztetett csoportba a megkérdezettek 18%-a tartozott.

A szubjektív jóllét, vagyis a boldogság vonatkozásában a fenti vizsgálat keretében az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Jól-lét Indexét használtuk. A mérőeszköz elsősorban a szubjektív pszichés jóllét és pozitív életminőség indikátoraira fókuszál (Rózsa, Réthelyi, Stauder, Susánszky, & Mészáros, 2003). Az országos reprezentatív kutatások alapján a Jól-lét Index országos átlaga pedig $9,63 \pm 3,35^{19}$.

Hódmezővásárhelyi vizsgálatunkban ki tudtuk mutatni, hogy a lelki egészség vizsgálatára képezett kategóriáink a szubjektív jóllét vonatkozásában is markáns, statisztikailag kimutatható különbségeket eredményeztek. A mentálisan egészséges csoport esetében a Jól-lét Index átlaga 8,36 (szórás 2,64), a sérülékeny csoportnál 6,64 (szórás 2,76), míg a veszélyeztetett csoport esetében 4,23 (szórás 2,6). A monoton csökkenő tendencia is mutatja, hogy az egyén lelki egészsége szubjektív jóllétének szintjében is tükrözik.

Eredményeink alapján kijelenthető, hogy a szubjektív jóllét (vagyis a boldogság) magas szintje esetén a személy gyakran él át pozitív érzéseket, gyakran tapasztal meg pozitív érzelmeket. Ez nem jelenti a negatív érzések hiányát, inkább a negatív érzések érzelmek kontrollált megélése, egyfajta realitáskontroll jellemző. Emellett megfigyelhető volt még az élettel való elégedettség magas szintje is (vö, Antonovsky 1979; Lippai és Erdei, 2014).

A lelki egészségfejlesztés fogalma, célja és módszerei

Az Egészségügyi Világszervezet 1986 óta képviseli az életmódot befolyásoló egyéni és társadalmi tényezők tudatos alakításának fontosságát, egészségfejlesztésnek nevezett iniciatíváján keresztül. A lelki egészség vonatkozásában is fontos szerepe van az életmódnak, így az egészségfejlesztésnek a lelki egészség fejlesztésére irányuló speciális feladatok megvalósításában kiemelt jelentősége van.

19 A WHO Jól-lét Index maximális értéke 15, módszertani háttérét részletesebben lásd. Susánszky & Székely, 2013)

Nézőpontunk szerint a lelki egészségfejlesztés olyan speciális egészségfejlesztő beavatkozás, amely elsősorban a holisztikus egészség mentális, érzelmi és spirituális dimenzióinak fejlesztésére irányul. A lelki egészséghez kapcsolódó egészségfejlesztési feladatok megvalósítása –, mint például a mentálisan egészséges állapot esetében annak kamatoztatása, a sérülékeny állapotból kiutat mutató életvezetési készségek fejlesztése, a veszélyeztetett állapot vonatkozásában pedig a preventív feladatok ellátása – döntően az életmód valamely elemének befolyásolásával történik, lehetőség szerint az egyén, a kiscsoport, a szervezet és a család bevonásával. A lelki egészségfejlesztés esetében az életmód alakítása jellemzően az aktív szabadidő-elöltés, az időgazdálkodás, a munkafeladatok és a munkakörülmények alakítása, valamint a társas kapcsolatokat meghatározó szokások vonatkozásában történik. Fontos kiemelni azonban, hogy a lelki egészség sem „egyetlen tett, hanem szokásaink összessége...” (vö. Tarkó és Benkő, 2016).

A lelki egészségfejlesztésben a köznevelési intézmények, az oktató-nevelő feladatokat ellátó gyermekintézmények kiemelt szerepet töltenek be. Az óvodák és iskolák oktatási-nevelési szintért jelentenek az óvodások, kisiskolások, serdülők és fiatalok számára, így az egészséges életmóddal és a lelki egészséggel összefüggő szokások elsajátításának is fontos közegét képezik.

Mindemellett azonban az oktató-nevelő gyermekintézmények munkahelyek is, nem kevés pedagógus és nem oktató munkavállaló számára – a lelki egészség vonatkozásában is – meghatározó társadalmi környezetet képezve.

És arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy ezek az intézmények közösségi teret is jelentenek, főként a gyermekek- fiatalok szűkebb – tágabb társas környezete, vagyis családja szempontjából.

A köznevelési intézmények vonatkozásában a lelki egészségfejlesztés tehát tudatosan és tervezetten teszi képesebbé a tanulókat, pedagógusokat és a szülőket, nagyszülőket: a) a szubjektív pszichés jóllét (vö. boldogság); b) a gyakori pozitív érzelmek (vö. örömképesség); c) az élet értelmességének; d) a hitnek és reménynek (vö. spirituális egészség); e) a vitalitás érzésének; valamint f) a nehéz helyzetek megoldásában érzett szubjektív kompetencia megélésére; továbbá g) az eustressz (vö. az élet örömteli kihívásai) és h) a distressz tudatosítására és reális kezelésére.

A lelki egészségfejlesztés a köznevelési intézményekben megjelenhet a pedagógiai programban: tanórai, tanórán kívüli és iskolán kívüli tevékenységek formájában. Ekkor jellemzően az egészséges személyiségfejlődés elősegítése kerül

előtérbe – elsősorban egyéni és kiscsoportos módszerekkel. De megjelenhet a dolgozók vonatkozásában a lelki egészségre fókuszáló munkahelyi egészségfejlesztési programok, a családok esetében pedig közösségi egészségfejlesztési kezdeményezések formájában is.

A fenti – szalutogenetikus orientáltságú feladatok mellett a lelki egészségfejlesztés körébe prevenciós feladatok is tartoznak. Ebben a feladatkörben a tanulók, pedagógusok és szülők részvételével zajló preventív foglalkozások mellett olyan tevékenységek ellátására is sor kerül, mint a pedagógusok, szülők felkészítése és támogatása mentálhigiénés jelzőfunkciójuk, tehát a kedvezőtlen személyiségfejlődési tendenciák mielőbbi felismerése terén, valamint a szociális rehabilitáció támogatása.

A fenti tevékenységek során, a tanulmány elején bemutatott lelki egészségre és boldogságra vonatkozó egészségtudományi ismeretek a szükséglet- és állapotfelmérésben, az egészségfejlesztési feladatok tervezésében és megvalósításában, valamint a minőségbiztosításban is jelentős szerepet játszanak.

Irodalomjegyzék

- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Benkő Zsuzsanna (2016): Homo Sanus: az egészséggel megáldott ember. In: Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (szerk. 2016): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége” Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhelymunkáiból. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. Szeged.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984): *Temperament: Early developing personality traits*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Carver C. S. és Scheier, M. F. (2006): Személyiségpszichológia. Osiris Kiadó, Budapest
- Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. (2001): Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. In Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.): *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, Oxford New York. pp. 63-73
- Ewles, L. & Simnett, I. (1996): *Promoting Health. A Practical Guide*. 3rd Ed. Baillière Tindall, London.
- Lippai, L. & Erdei, K. (2014): Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten — a hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(4), 351-371
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005): *Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change*. *Review of General Psychology*, 9 (2), 111–131.

- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., & Mészáros, E. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői, *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83-94.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive Psychology: An Introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2004): *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Atria Books, New York.
- Susánszky Éva és Székely András (2013): A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In Susánszky, Éva és Szántó, Zsuzsanna (szerk.): *Magyar Lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 13-21.
- Tarkó Klára és Benkő Zsuzsanna (szerk. 2016): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége” Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhelymunkáiból. Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.
- Thayer, R. E. (2003): *Calm Energy. How People Regulate Mood with Food and Exercise*. Oxford University Press, Oxford – New York.

III. SZEMELVÉNYEK A LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MAGATARTÁS- GAZDASÁGTANI MEGKÖZELÍTÉSÉHEZ

AZ ÖNKONTROLL JELENSÉGE MAGATARTÁS- GAZDASÁGTANI ÉS PSZICHOLÓGIAI PERSPEKTÍVÁBÓL²⁰

Bevezetés²¹

Jelen tanulmányban gazdaságtani és pszichológiai szempontból foglalkozunk a fogyasztói önkontroll (consumer self-control) jelenségével és jelentőségével²². Ez a kutatási terület az emberi döntések rendkívül változatos spektrumát öleli fel, hiszen az önkontrollnak – álláspontunk szerint – jelentős szerepe lehet az intertemporális fogyasztói döntésekben (intertemporal decisions).

A fenti téma közgazdaságtani jelentőségét az adja, hogy a fogyasztók nemzetgazdasági szempontból is jelentős mennyiségű pénzt költenek olyan termékek fogyasztására, amelyek hosszútávon károsak jólétükre. Az egészségtelen ételek és italok, dohánytermékek és más pszichoaktív szerek (pl. szeszes italok, drogok) piaci forgalmának nagyságrendje jól illusztrálja a kérdéskör gazdaságtani súlyát.

A pszichológiai módszerekkel jól elemezhető individuális döntések szintjén a fogyasztói magatartás irracionálisága könnyen belátható. A dohányosok többsége tökéletesen tisztában van azzal, hogy szenvedélye káros egészségére. Az elhízott emberek többsége is tudja, hogy milyen ételek mértéktelen fogyasztásától kellene tartózkodnia, vagy hogy miért káros a mozgásszegény életmód. Valami miatt azonban mégis képtelenek arra, hogy nyíltan vallott személyes preferenciáiknak megfelelően cselekedjenek.

Kérdés azonban, hogy ez a nem racionális individuális magatartás aggregált szinten irracionális marad-e, vagyis pontosan modellezhető-e a tökéletesen racionális (piaci körülményekből levezethető) magatartást feltételező gazdaságtani axiómák alapján. *A neoklasszikus közgazdaságtani elemzések arra épülnek, hogy a gazdasági szereplők egyéniségéből, személyiségéből fakadó különbségek nem lényegesek.* Vagyis,

20 Lippai László (2010): Az önkontroll jelensége magatartás-gazdaságtani és pszichológiai perspektívából. *PSZICHOLÓGIA* 30(1) 59-75. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

21 A szerző ezúton is köszöni Faragó Klára lektori munkáját, értékes és hasznos megjegyzéseit.

22 A tanulmány a szerző doktori tanulmányai során végzett vizsgálat sorozat elméleti megalapozását tartalmazza. A Szegei Tudományegyetem Közgazdaságtani Doktori Iskolájában végzett kutatómunkához témavezettként igen nagy segítséget nyújtott Hámori Balázs és Zoltayné Paprika Zita, amiért a szerző ezúton is szeretné köszönetét kifejezni.

ha kellően nagyszámú gazdasági interakciót vizsgálunk, akkor a racionalitásra épülő gazdasági modellek elég jó közelítést adhatnak, még akkor is, ha az egyes individuumok magatartása közel sem tekinthető racionálisnak (Friedman 1986). Erről viszont a pszichológiai modellek mondanak keveset. Ez jelentős különbséget jelent a pszichológiai és a közgazdaságtani irányzatok nézőpontja között, ami napjaink is megnehezíti a tudástranszfert a két tudomány közt²³. Ez a perspektívakülönbség tanulmányunk kidolgozásakor is problémát jelentett.

A teljes képhez az is hozzátartozik, hogy a tanulmányban bemutatott *magatartásgazdaságtani* modellek *nem képezik részét* a közgazdaságtudomány főáramának²⁴. Azonban, Rabin (2002) szerint ez a terület a *főárambeli* közgazdaságtan pereméről lassanként elmozdul és kutatási kérdései egyre központibbá válnak. Véleménye úgy összegezhető, hogy a mikroökonómiai elemzések és azok előfeltevései is fontosak és lényegesek, de pszichológiai változók beépítésével jelentősen értékesebbek lehetnek.

Tanulmányunk célja a fogyasztói önkontroll témakörével kapcsolatos pszichológiai és magatartás-gazdaságtani eredmények elemzése, illetve a kapcsolódási lehetőségek feltárása. Az első részben kísérletet teszünk a fogyasztói önkontroll jelenségkörének meghatározására és magatartásgazdaságtani interpretációinak bemutatására. Ezután kíséreljük meg azoknak a – fontosabbnak ítélt – pszichológiai modelleknek az áttekintését, melyek fontosnak bizonyulhatnak a fogyasztói önkontroll háttérmechanizmusainak mélyebb megértésében. Végül multidiszciplináris elemzésünk tanulságait úgy próbáljuk meg összegezni, ami – reményeink szerint – a két tudomány perspektívakülönbségéből fakadó problémák enyhítésének irányába mutat.

23 A jeles közgazdász, Matthew Rabin (2002) ezt a két diszciplína eltérő tudományos preferenciáira vezeti vissza. A közgazdaságtan absztrakt matematikai modelleket használ, melyekhez célirányosan leegyszerűsíti az emberi természetet. Ez az eljárás nyíltan figyelmen kívül hagyja a humán viselkedés komplexitását, mondván, a *gazdasági* viselkedés modellezéséhez a kezelt tényezők is elegendőek. A pszichológiának, eltérő céljai miatt, a közgazdaságtani axiómarendszerhez képest jóval komplexebb emberkép(ek) kialakítására kell törekednie, ez viszont gyakran a matematikai formalizálhatóság rovására megy.

24 Annak ellenére sem, hogy az elmúlt években közgazdaságtani Nobel-díjjal jutalmazott kutatási témák zömének vannak pszichológiai vonatkozásai.

A fogyasztói önkontroll magatartás-gazdaságtani interpretációi

A neoklasszikus közgazdaságtani modellek arra az axiómára épülnek, hogy a piaci tranzakciók többségében a racionális viselkedés meghatározó szerepet játszik. Ennek oka egyrészt az önérdék-követés, másrészt pedig azok a tendenciák, amelyek révén a piacokon megbűnhődik az, aki ostobán viselkedik (McFadden 1999).

A neoklasszikus közgazdaságtani elemzésekben a fogyasztó racionalitása három területen nyilvánul meg. Egyrészt racionális a fogyasztó észlelése, vagyis úgy viselkedik, mintha tetteit kizárólag olyan információkra alapozná, amelyeket *Bayes* statisztikai törvényeinek megfelelően dolgozott fel. Másrészt, a racionálisnak tekintett fogyasztó olyan *preferenciákkal* rendelkezik, amelyek egyértelműek, állandóak és változatlanok. Végezetül, a fogyasztó racionalitása *választásaiban* is tükröződik, ami az adott piaci feltételek melletti *preferencia-maximalizációval* modellezhető (McFadden 1999).

A neoklasszikus közgazdaságtan axiómarendszeréből következik az az egyszerűsítés is, hogy a fogyasztók *korlátlan akaraterővel* rendelkeznek. Képesek tehát arra, hogy gazdasági tranzakcióikat – tökéletesen racionális preferenciáik mentén – megingás nélkül kivitelezék (Jolls és mtsai 1998).

Ez az axióma mindennapi tapasztalataink alapján is látványosan sérülhet. Például, a *halogatás* (procrastination)²⁵ esetében az ember tökéletesen tisztában van a racionális viselkedési alternatívával (pl. a fogorvos meglátogatásának előnyeivel), de mégsem képes rászánni magát annak kivitelezésére. A másik gyakori eset az, amikor a viselkedés racionalitását az veszélyezteti, hogy valaki egyáltalán nem törődik jelenbeli viselkedésének jövőbeni következményeivel²⁶. A *rövidlátás* (myopia) azt jelenti, hogy a jelenbeli viselkedésünk jövőbeni következményeivel kapcsolatos vélekedéseink hiányosak vagy torzok, emiatt – anélkül, hogy ennek tudatában lennénk – irracionálisan viselkedünk (Elster 2001).

A fogyasztói önkontroll koncepciója a magatartás-gazdaságtanban úgy jelenik meg, mint az intertemporális fogyasztói döntésekben a racionális (piaci körülményekből levezethető) kimenethez képest tapasztalt anomáliák egyik lehetséges magyarázó elve, amely alapvetően két nem racionális fogyasztói magatartásformára utal: a rövidlátásra és a halogatásra.

A továbbiakban ezekre a magatartásformákra vonatkozó fontosabb magatartás-gazdaságtani koncepciókból tekintünk át néhányat. A *magatartás-gazdaságtani*

25 lásd. később Akerlof, 1991

26 „Az emberek kevésbé számolnak a jövővel, mint ahogy azt a halálozási mutatószámok indokolnák, noha valamekkora fontosságot azért tulajdonítanak neki” (Elster 2001, 52. old.).

modellek, a neoklasszikus közgazdaságtani modellekre építve, tudatosan törekszenek olyan változók beépítésére is, melyek nagyobb pszichológiai realizmust biztosítanak. Így közgazdaságtan és a pszichológia sajátos kombinációjának tekinthetők, és azt vizsgálják, *hogyan történik azokon a piacokon, ahol a szereplők valamelyike humán korlátokat és komplikációkat mutat* (Mullainathan és Thaler 2001).

Thaler és Shefrin gazdaságtani koncepciója az önkontrollról

Thaler és Shefrin (1981) az intertemporális gazdasági döntésekben tapasztalható irracionális tendenciák leírására vezették be az önkontroll változóját. Megítélésük szerint számos gazdasági (fogyasztási és beruházási jellegű) döntés kapcsolatban van az önkontrollal. Modelljük kiindulópontja az, hogy a fogyasztók úgy viselkednek, *mintha* két elkülönülő preferenciakészlettel rendelkeznének. A fogyasztó személyiségének e két aspektusát *tervezőnek* (planner) és *cselekvőnek* (doer) nevezték el.

Fő kérdésük az, hogy a gazdasági aktoroknak miért kell időnként olyan megszorításokkal élniük, amelyek jövőbeni magatartásukat befolyásolhatják²⁷. Újszerű látásmódjuk kialakítására során, figyelembe vették a 60-as években virágkorát élő motivációs (drive) pszichológia eredményeit is. Thaler és Shefrin (1981) a neoklasszikus közgazdaságtant ért kritikákat is figyelembe vették modelljük kidolgozásakor. Egyrészt azt, hogy a racionális választás modellje nem képes megmagyarázni az *egyén céljainak diszkontinuitását*, ami elsősorban az időben változó intertemporális preferenciákban jelentkezett. Másrészt azt, hogy a neoklasszikus modell nem volt képes leírni az *egyén céljainak inkoherenciáját*, vagyis azt, amikor az egyénnek adott időpillanatban egynél több preferenciakészlet befolyása alatt kellett döntenie²⁸.

Thaler és Shefrin (1981) elméletének lényege a következő. A kiinduló feltételekben $y = [y_1, y_2, \dots, y_T]$ fix jövedelemáramlást, és $c = [c_1, c_2, \dots, c_T]$ nem negatív fogyasztási tervet vettek alapul. A c_t fogyasztás hasznossági függvénye $Z_t(c_t)$, ami a cselekvő self rövid távú preferenciáinak megfelelő fogyasztás konkv hasznosságfüggvényét jelenti. A tervező self preferenciáinak hasznosságfüggvénye $V(Z_1, Z_2, \dots, Z_T)$ volt. A jelenértékben vett költségvetés nyomása a következő:

27 Elméletük kiindulópontja Strotz dinamikus inkonzisztencia (dynamic inconsistency) modelljének kritikája volt.

28 Thaler és Shefrin (1981) McIntosh-ra hivatkozva mutatják be elméletük pszichológiai alapjait.

$$\sum_{t=1}^T c_t \leq \sum_{t=1}^T y_t = Y$$

A cselekvő self hasznosságfüggvényét egy $\theta = [\theta_1, \theta_2, \dots, \theta_T]$ modifikációs paraméter bevezetésével is finomították. Ez egyfajta büntudati változó, ha $\theta_t=0$, akkor nincs kontrolláló hatás érvényben, azonban minél magasabb θ_t , annál erősebb büntudatot él át a cselekvő self. Így a Z_t hasznossági függvény $Z_t(c_t, \theta_t)$ -re módosul. Vagyis a tervező self, adott θ büntudati paraméter mellett maximalizálására törekszik, a következő módon:

$$\max_{\theta} V(Z(c^*(\theta), \theta) \quad \sum_{t=1}^T c_t^*(\theta) \leq Y \text{ mellett}$$

Ebben az esetben a tervező self addig fogja növelni a θ_t büntudati változót, amíg a jelenbeli cselekvő határhasznának csökkenése egyenlő nem lesz az összes lehetséges jövőbeni cselekvők határhasznának növekedésével.

Thaler és Shefrin (1981) rámutattak arra, hogy több preferenciarendszer alkalmazásával, „pszichológiai” háttérváltozó használatával (vö. büntudati paraméter) számos irracionális gazdasági jelenség jól modellezhető²⁹.

²⁹ Nem tudjuk figyelmen kívül hagyni, hogy tanulmányunk utómunkálatainak idején (2009. május) jelentős gazdasági recesszióba torkolló pénzügyi válság időszakát éljük. A jelenség valódi okainak megállapítása várhatóan sokáig a közgazdaságtan kulcskérdései között fog szerepelni. Annyi azonban már látható, hogy például az amerikai bankcsődök háttérében nem egyszerűen és messze nem kizárólagosan fogyasztói önkontroll-problémák, hanem elsősorban egyes bankvezetők, piaci döntéshozók – nyakló nélküli – rövidtávú profitmaximalizálása állhatott. A válság élesen rámutatott arra, hogy a piaci szereplők mindegyikének többféle preferenciarendszere van. További probléma, hogy a neoklasszikus közgazdaságtan a rövidtávú profitmaximalizációt támogatja (a hosszútávú preferenciarendszer létét el sem ismeri), vagyis a világgazdaságot súlyos recesszióba taszító gazdasági vezetők a neoklasszikus axiómarendszer alapján nem hibáztathatóak, úgy mond „racionálisan cselekedtek”. Ez morális és szocioökonómiai szempontból is igen súlyos probléma.

Ma úgy tűnik, hogy a válság hatásainak csillapításában, a piaci bizalom helyreállításában kulcsszerepe van az államnak. Az állami beavatkozások piaci szerepének drasztikus növekedése úgy is értékelhető, mint a gazdasági aktorok hosszútávú profitmaximalizációra való „kényszerítése”. A modern piacgazdaságban az állam sokáig nem vállalhatja ezt a szerepet, ezért létfontosságú lehet olyan institutionális és elméleti keretek kialakítása, melyek a gazdasági aktorok hosszútávú profitmaximalizációjának elemzését is lehetővé teszik. A jelenség további elemzése messze meghaladná tanulmányunk kereteit, itt csak érzékeltetni szeretnénk volna, hogy Thaler és Shefrin (1981) elméletének időszerűsége ma nagyobb, mint valaha, és nemcsak a fogyasztói magatartás elemzése szempontjából.

Az önkontroll, mint a fogyasztói „rövidlátás” dinamikus magyarázata

Thaler (1981) a fenti modellt felhasználva alakította ki – az azóta sokszor megismételt és értelmezett – *preferencia-fordulási* (preference reversal) kísérletét. Ennek lényege, hogy a fogyasztó preferencia-sorrendje megfordulhat, ha intertemporális döntése során az egyik kimenet realizálódása egybeesik a döntés időpontjával. Így fordulhat elő, hogy ha a fogyasztó választhat két alternatíva között, például a) két hónap múlva kapjon 30\$-t vagy b) egy hónap múlva 20\$-t, akkor a 30\$-t preferálja; viszont *ugyanaz a fogyasztó* a 20\$-t dollárt is preferálhatja a később kifizetésre kerülő 30\$-hoz képest akkor, ha a 20\$-t azonnal kézhez kapja. Vagyis, a közvetlen jutalmazás lehetőségével az alanyok megkísérthetők.

Stutzer és Frey (2006) szerint, ebben az intertemporális preferencia-inkonzisztenciaként számontartott jelenségben lényegében az önkontroll gyengesége nyilvánul meg, mégpedig kétféle módon. A *rövidlátó fogyasztói döntésnél* a gazdasági aktor a jelenbeli fogyasztásra koncentrál, miközben annak lehetséges jövőbeli következményeit elhanyagolja a döntéshozatali folyamatban. A *halogatás* viszont késleltetést jelent, mégpedig egy olyan tevékenység időbeni tologatását, amit a döntéshozó még szeretett volna megtenni akkor, amikor a tevékenység kivitelezéséről döntött. A halogatás hátterében is inkonzisztens idői preferenciák húzódnak meg: egy múltban kialakított preferencia-sorrend a jelenben már valami miatt nem érvényes.

Az időben inkonzisztens preferenciák (time inconsistent preferences) létezésének okát Stutzer és Frey (2006) négy okra vezetik vissza. Egyrészt *alábecsüljük az eseményekhez való alkalmazkodási képességünket*, ebből adódóan a jelenbeli pozitív vagy negatív érzelmeink jobban torzítják az esemény jövőbeni hasznosságának becslését, mint ahogy azt egyébként várnánk (lásd. pl. Gilbert és mtai 1998). Másrészt, múltbeli tapasztalataink hatása attól függ, hogy mennyire felidézhetőek: a könnyen mozgósítható, kiemelkedően intenzív *emlékek hozzáférhetősége* jobb, így a döntésekre is nagyobb hatással van (lásd. pl. Kahneman 2003).

Harmadrészt, a racionális fogyasztói modellel ellentétben, a mindennapi döntéseinkre inkább az a jellemző, hogy döntéseinkre valamilyen ésszerűnek tűnő – és nem feltétlenül racionális - magyarázatot adunk, vagyis *racionalizálunk*.

Végül, a jövőbeni hasznosság jellegéről, forrásáról a különböző emberek egészen eltérő elképzelésekkel rendelkeznek. Ezek a zömében kognitív folyamatok az önkontroll szempontjából problematikus döntések keretezésében („framing”) is fontos szerepet játszhatnak (Stutzer és Frey 2006).

Gul és Pesendorfer (2004) szintén intertemporális döntési helyzetben konceptualizálják az önkontrollt. Meghatározásuk szerint az önkontrollnak akkor van jelentősége, ha a fogyasztó *kísértést* (temptation) jelentő azonnali jutalommal szembe-sül, de a közvetlen jutalom csábítása ellenére is a későbbi jutalmat választja, vagyis a döntése nem a legkísértőbb alternatíva mellett szól. Gul és Pesendorfer modell-jében a klasszikus hasznosságfüggvény és egy második „kísértésfüggvény” maxi-malizálására törekszik a fogyasztó. Ezzel a döntési helyzettel akkor szembesülhet a fogyasztó, ha választania kell a közvetlen hasznossággal járó termék azonnali fogyasztása, illetve a későbbi fogyasztásra történő takarékoság között. Azonban, ez a megközelítés az egyes termékek túlfogyasztásával kapcsolatos jelenségekre nem ad választ³⁰.

Ameriks és mtsai (2004) magatartásgazdaságtani kutatása több módon is meg-próbálta megragadni a fogyasztói önkontroll jelenségét. Egyrészt kidolgoztak egy „lelkiismeretesség skálát”, melyhez a Big Five Questionnaire (BFQ) harmadik – *lel-kiismeretesség* – faktorát vették alapul³¹. Kialakítottak továbbá egy olyan hipote-tikus helyzetet, ahol 10 luxusvacsora nyereménykuponjának két éven belüli fel-használásáról kellett dönteni. Itt elsősorban azt vizsgálták, hogy a megkérdezettek az első vagy a második évre allokálnának-e több kupont „vágyaik szerint” illetve „legrealisztikusabb elképzeléseik szerint”. Vizsgálták azt is, hogy a megkérdezettek önmaguknak milyen mértékű önkontrollt tulajdonítanak. Végül, a megkérdezett 1520 fő esetében a fenti adatokat a demográfiai mutatók, a vagyon és a jövedelem szempontjából elemezték.

A vizsgálat három fő eredményt hozott. Egyrészt a fenti módon sikerült indivi-duális különbségeket kimutatni az önkontroll szempontjából, méghozzá kvalitatív szempontból is. A minőségi különbség abban jelentkezett, hogy a túlfogyasztás-sal kapcsolatos önkontroll-problémák mellett legalább annyira jelentősnek tűnt a fogyasztás visszafogásának (under-consumption) kérdése is. Kimutatható volt

30 Benhabib és Bisin (2005) *neurogazdaságtani* koncepciót dolgoztak ki a kérdéskör kezelésére. Gazdaság-tani modelljük arra a feltevésre épül, hogy a fogyasztókban olyan kognitív mechanizmusok lépnek műkö-désbe, amelyek fogékonyra teszik őket a túlfogyasztásra (over-consuming) csábító ingerekre. Modellezik olyan, belső elköteleződést kiváltó mechanizmusok (internal commitment mechanisms) szerepét is, ame-lyek a fogyasztót ellenállóvá teszik a túlfogyasztásra irányuló kísértésekkel szemben. Másként fogalmazva, a fogyasztókban működésbe léphetnek olyan automatikus mechanizmusok (automatic processes)i, amelyek révén fogékonyak a kísértésekre, ugyanakkor kontrollmechanizmusok (control processes) használatával képesek lehetnek ellenállni is. Modelljük igazolásához más kontextusban kapott kognitív idegtudományi eredményekre hivatkoznak, a modell empirikus tesztelésére még – tudomásunk szerint – nem került sor.

31 Vannak olyan pszichológiai vizsgálatok, melyek alapján úgy tűnik, hogy a BFQ alkalmas lehet az önkontroll személyiségvonásának mérésére, lásd. pl. Olson (2005).

továbbá, hogy a túlfogyasztással kapcsolatos önkontroll-problémák gátolják a vagyongyarapodást. Végezetül, Ameriks és mtsai (2004) megállapították, hogy a fogyasztói önkontroll kapcsolatban van a BFQ-ból származtatott „lelkismeretesség” személyiségvonásával, és hatással lehet a pénzügyi tervezésre is.

A halogatás gazdaságtani modellezése

A *halogatás* közgazdaságtani elmélete Akerlof (1991) nevéhez fűződik. Konceptiója arra épül, hogy a halogatás esetében az egyén úgy halasztja egy későbbi időpontra feladata végrehajtását, hogy nem látja előre azt, hogy a későbbi időpontban is ugyanígy fog eljárni. Erre akkor van a legnagyobb esély, amikor a jelenbeli költségek aránytalanul szembetűnők a jövőbeni költségekhez képest.

Akerlof (1991) saját példáján vezeti le a halogatás döntési folyamatát. Történt egyszer, hogy Indiában néhány napig vendégül látta Joseph Stiglitz-et, aki egy repülőtéren szabály miatt visszautazásakor nem vihetett magával minden csomagját. Stiglitz holmija egy dobozba került, ami Akerlof-nál maradt, és megegyeztek abban, hogy ő majd postázza az Egyesült Államokba. Akerlof ezután nyolc hónapig minden reggel azzal a gondolattal ébredt, hogy *holnap* reggel postára adja Stiglitz dobozát. (Végül egy másik barátja hozta vissza). Akerlof, vérbeli közgazdász-ként, természetesen matematikailag is formalizálta a benne lezajlott döntéshozatali folyamatot.

A történet végét jelző T időpontban a kapott doboz költség nélkül elszállítható. Minden T -nél korábbi napon c költség áll fent, vagyis a doboz postára juttatásával járó erőfeszítés költsége. Stiglitz számára is költséget jelent az, hogy nem tudja használni a dobozban lévő holmikat, amit Akerlof x dolláros napi rátával számított be. Azonban, Akerlof egyfaktossal mindig túlértékelte annak a munkának fontosságát, amit aznap végezne, bármelyik más jövőbeni napon végzett munka hasznosságához képest. Vagyis, mindig az aznapi postára utazás haszonáldozat-költségét értékelte túl.

Ha elküldte volna a dobozt aznap, akkor

$$V = c(1 + \delta) - (T - t^*)x, \text{ amikor } t^* = t$$

Ha Akerlof vár, de elküldi valamilyen T -t megelőző időpontban a dobozt, akkor

$$V = c - (T - t^*) - (T - t^*)x, \text{ ekkor } t + 1 \leq t^* \leq T$$

Abban az esetben, ha $T - c/x \geq t^*$, akkor már nem érdemes elküldeni a dobozt, mert a postázásból származó haszonnál nagyobbak a költségek. Akerlof három kulcstényezőt emelt ki a döntési folyamat jellemzésére. A döntések között rövid idő telt el, Stiglitz x hasznánál pedig mindig nagyobbnak tűnt Akerlof feladatának költsége. Végül, Akerlof döntésében mindig dinamikus inkonzisztencia nyilvánult meg: nem volt képes racionálisan elővételezni azt, hogy másnap ismét a halasztás mellett fog dönteni. A halogatás költségeit is ki lehet kalkulálni, ami megközelítőleg $Tx - c$, ami a T periódus alatt elszenvedett kumulatív veszteségből származik. Akerlof ezután kitér arra, hogy a fenti halogatási modell a dohányzásról való leszokás, a megtakarítási döntések és számos szervezeti kudarc magyarázatára miként használható.

Az önkontroll, mint a fogyasztó önszabályozási mechanizmusa

Az eddigiekben elsősorban a magatartásgazdaságtani célkitűzéseket követő kutatások eredményeit tekintettük át. A fogyasztói önkontroll vizsgálatának azonban van egy *gazdaságpszichológiai* vonulata is. Ezekben a kutatásokban nem mindig veszik kiindulópontként a neoklasszikus axiómarendszert, így ezekben a modellekben a *gazdasági ember* koncepciójának többé-kevésbé finom kritikája is megfogalmazódhat.

Lea és Webley (2005) szerint nehezen tartható az a modern közgazdaságtani tendencia is, amely úgy kívánja elemezni a gazdasági magatartást, mint atomisztikus választások sorozatát. Az önkontroll problémák lényege az, hogy a fogyasztónak választások sorozatát kell meghoznia, miközben hosszútávú, akár egész életén keresztülélő célokat kell szem előtt tartania. A klasszikus intertemporális döntési helyzetben az emberek hajlamosak arra, hogy hosszútávú érdekeiket figyelmen kívül hagyják. Ez a rövidlátás alapvető biológiai tendencia, habár ez az embernél – más fajokkal összevetve – kevésbé extrém³². Véleményük szerint egy döntés hosszútávú kimenetének jelenértékét tudatosan is befolyásolhatjuk (pl. önjutalmazás), ami a humán magatartás reflexivitásának ékes bizonyítékát nyújtja, ugyanakkor a fogyasztó magatartásának paradox mivoltára is rámutat.

32 Ezt a tendenciát sok névvel illetik: például Fisher 1930-ban „türelmetlenség”, Mischel 1958-ban „a jutalom késleltetésének kudarca”, Ainslie 1975-ben, a „rövidlátó választás”, vagy az önkontroll kudarca” (idézi Lea és Webley 2005).

Az „akaraterő” kérdése a pszichológiában

A magatartásgazdaságtani elemzésekben, de a neoklasszikus közgazdaságtanban is központi kérdésnek számít az *akaraterő* kérdése. Ebből a szempontból eléggé meglepő lehet, hogy – miként erre Baumeister (2008) hiánypótló áttekintése is utal – a tudományos pszichológia napjainkig nem foglalkozott alaposabban az akaraterő, illetve a szabad akarat kérdésével.

Viszont, Baumeister (2008) szerint, érdemes pszichológiai eszközökkel is vizsgálni a szabad akarat kérdését. Egyre fontosabbá válik olyan mérhető viselkedésformák és belső folyamatok azonosítása, amelyek révén feltárható: vannak-e olyan viselkedéselemek, melyek szabadabbnak *tűnnek* más tettekhez képest. Vagy: mit értenek az emberek azon, ha a szabadság, választás és felelősség fogalmát használják a mindennapi életükben. Ezek a kutatások nem fognak választ adni a szabad akarral, akaraterővel kapcsolatos filozófiai kérdéseire, de nem is ez a céljuk. A cél a szabadabb és a kevésbé szabad cselekvés kérdésének tanulmányozása.

Számos esetben fontos, hogy *észlelünk-e* egy helyzetben választási lehetőséget, kontrollt, autonómiát vagy szabadságot. Wegner (2002) vizsgálata kimutatta, hogy ha egy esemény gondolata közvetlenül megelőzi annak tényleges megjelenését, akkor az emberek azt hiszik, hogy ők okozták azt, még akkor is, ha ez valójában nem így történt. Ebből következhet az is, hogy a szabad akarat csak illúzió, azonban biztosan csak annyit jelenthetünk ki, hogy az emberek nincsenek közvetlen, introspektív kapcsolatban azzal, hogy miként kezdenek meg egy tevékenységet.

Ennek fényében fontos *Baumeister (2008) megállapítása, miszerint a szabad akarat két pszichológiai folyamatot takar: az önkontroll és a racionális választás folyamatát.* Részletesebben, ide sorolható: az önszabályozás (self-regulation), a kontrollált kognitív folyamatok (controlled processes), a viselkedéses rugalmasságának (behavioral plasticity) és a tudatos döntéshozásnak (conscious decision-making) a kérdése.

A szabad akarat tehát leginkább a választásban és a cselekvéskontrollban nyilvánulhat meg, a cselekvés kivitelezésében kevésbé. Szabadon dönthetnek arról, hogy vásárolni fogok, de a cselekvés kivitelezése (pl. séta) már automatikus folyamatok által koordinált. A szabad akarat biológiailag igen költséges, sok energiát igényel, ezért csak időnként vagyunk fegyelmezettek, erényesek és racionálisak. A cselekvéskontroll és a választás azonban evolúciós szempontból igen jelentős fejlemény, és *a hétköznapi értelemben* megélt szabad akarat kérdését is befolyásolja. Az önkontroll adja az alapot arra, hogy képes legyen valaki megváltoztatni a viselkedését és alkalmazkodjon egy csoport szabályaihoz, a racionalitás viszont arra tesz

képessé, hogy saját szabályokat dolgozzunk ki, és annak megfelelően viselkedjünk. Tehát, a hétköznapi felfogással ellentétben, pontosan a szabad akarat teheti képessé az embereket a szabálykövetésre.

Pszichológiai önkontroll-modellek

Ainslie (2001) mértékadó áttekintése szerint a tudományos pszichológiába Freud hozta be az akaraterő kérdését. Freud elméletében a racionális szempontokat képviselő, realitáselvnek megfelelően működő Ego erejét az tükrözte, hogy milyen mértékben képes valaki szükségleteinek azonnali kielégítését késleltetni. Freud koncepciója szerint, minél erősebb az Ego, annál inkább képes az egyén késleltetésre (Freud 1991). Erre építve, a korai empirikus kutatások az önkontrollt alapvetően egyfajta *késleltetési készségnek* kezelték³³.

Ainslie (2001) csoportosítása alapján, az *utilitarista irányzatba* meghatározása szerint olyan elméletek tartoznak, amelyek az emberi választások törvényszerűségeit elsősorban az elégedettségérzésre építve fogalmazzák meg. Az emberek hajlamosak olyan döntési alternatívák preferálására, amelyek nagyobb elégedettséggel járnak, ami a kérdéses alternatíva döntési súlyának növekedéséhez vezet. A pszichológiában az egyik első képviselője ennek az irányzatnak B. F. Skinner, aki az addikció kialakulását is az addiktív termékek fogyasztásával járó megerősítésnek tulajdonította. A terület fő kutatási kérdése az intertemporális diszkontálási döntések kognitív, pszichofiziológiai illetve szociális folyamatainak minél pontosabb feltárása.

Ainslie (2001), aki magát is ide sorolja, koncepciójában azt feltételezi, hogy a fogyasztóban zajló, önkontrollt igénylő döntés egy belső, intertemporális fogoly-dilemma helyzetként (intertemporal prisoner's dilemma) modellezhető. *Ez a szituáció hiperbolikus diszkontálási folyamatok³⁴ esetében alakulhat ki.* Ez nem minden fogyasztói döntés esetében következik be, csak akkor, ha a „korábbi-kevésbé hasznos” jószágot többre értékeljük, mint a jóval hasznosabb, de későbbi alternatívát (Monterosso és Ainslie 2007).

Ainslie (2001) kifejti, hogy az önkontroll rontja a jutalomszerzés hatékonyságát: ha valaki idejekorán elkötelezi magát egy alternatíva mellett, akkor elszalaszthatja

33 vö. később Walter Mischel

34 A hiperbolikus leszámítás koncepciója azon az elképzelésen alapul, hogy a fogyasztó, amikor egy jövőbeni fogyasztás hasznosságának jelenértékét kalkulálja, akkor nem konstans, hanem folyamatosan növekvő diszkontálási rátát használ.

más alternatívák potenciális jutalmait; ha blokkolja a figyelmét és emlékezetét, akkor életbevágó információktól foszthatja meg magát; ha pedig túlságosan korlátozottan tartja az érzelmeit, akkor egy kiszikkadt, valós érzelmekre képtelen személyiséggé válhat. Még a személyes fogadalmakban is megvan a potenciális lehetőség arra, hogy a hosszútávú érdekeink ellen dolgozzanak.

Ainslie (2001) megkülönböztet egy *kognitivist* álláspontot is, amely a humán magatartás irracionális elemeinek felderítésében és kísérletes igazolásában jár élen. Főként az észlelési és a logikai hibákra koncentrál, és kevésbé kutatja az érzelmek és a motivumok szerepét az irracionális viselkedésben. Ez a megközelítés adottnak veszi a vágyak közötti hierarchikus kapcsolatot, és olyan logikai vagy más pszichés szabályokat próbál feltárni, amely révén az emberek kezelni tudják az így kialakuló választási helyzeteket³⁵.

(Gazdaság-) pszichológiai szempontból elhanyagolt, bár fontos tényező az önkontroll fejlődéslelektani megközelítése. A legjelentősebb talán az a Walter Mischel vezetésével zajlott vizsgálat sorozat, amely 1968 és 1974 között zajlott. A kísérleti személyek a Stanford Egyetem oktatóinak és hallgatóinak négyéves gyermekei voltak³⁶. Mischel és kollégái 1981/82-ben, illetve 1984-ben nyomonkövetéses utóvizsgálatban szülői segítséggel vizsgálták a gyermekek személyiségvonásait. Az eredeti vizsgálatból minden ötödik gyermek szüleit sikerült bevonni. Mischel az eredmények feldolgozásakor erős kapcsolatot talált a kezdeti kísérletben mért időbeli késleltetés mértéke és két vizsgált változó között. Az egyik változóban azt mérte, hogy a szülő megítélése szerint milyen gyakran tanúsít a gyermek önkontrollt. A másik változó jelezte, hogy a szülők megítélése szerint milyen gyakran enged a gyermek a kísértésnek. Ebben a két változóban, a négyéves kori késleltetési képesség és a serdülőkorú gyermek szüleinek értékelése között 0,1%-os szignifikanciaszinten szignifikáns kapcsolatot sikerült kimutatni az egyváltozós regresszióvizsgálatokban. Mischel eredményei azt mutatják, hogy a kísértésnek való

35 Ennek az irányzatnak nyilvánvaló kapcsolata van a „korlátozott racionalitás” kutatásával (vö. korábban Stutzer és Frey 2006). Tanulmányunk keretein azonban messze túlmutatna a két irányzat közti különbségek kifejtése.

36 A kísérlet során a gyermekeket megkérdezték arról, hogy egy vagy két darab süteményt szeretnének elfogyasztani. A várakozásoknak megfelelően a többség a kettőre szavazott. A kísérletet vezető pszichológus, mielőtt elhagyta a szobát, elmondta a gyermeknek, hogy ha mindkét süteményt meg szeretné kapni, akkor az elért süteményt érintetlenül kell hagynia mindaddig, amíg ő vissza nem tér a helyiségbe. Ha ez így történik, akkor a gyermek megkapja a másik édességet is. Ha elfogyasztotta az elért süteményt, akkor a másikat már nem kaphatta meg. Húsz perc után a pszichológus visszatért, és a kellően türelmes gyermeket megfelelően megjutalmazta (Shoda, Mischel és Peake, 1988).

ellenállás tartós személyiségvonás, ami jelentős területközi validitással is bír. Ez a képesség olyan fontos változókkal is korrelált, mint például az iskolai teljesítmény (Shoda, Mischel és Peake, 1988).

Fox és Calkins (2003) a területen napjainkban zajló *fejlődéslélektani kutatásokat* összegző tanulmányukban kiemelik, hogy az ilyen jellegű vizsgálatok elsősorban a motoros készségek, a figyelem és kogníció, valamint az érzelmek kapcsán tanulmányozzák az önkontroll jelenségét. Különösen a negatív érzelmek kifejezése kapcsán fontos az önkontroll, ami az adaptív szociális viselkedés elsajátításának egyik kulcskészsége.

Ainslie (2001) áttekintéséből kimaradt, de megítélésünk szerint fontos, hogy – nagyrészt személyiséglélektani alapon – megjelent egy olyan irányzat is, ami azt vizsgálja, hogy az egyéni vonások, diszpozíciók és intrinszc folyamatok, valamint a szociális környezetből eredő hatások miként teszi képessé arra az egyént, hogy saját viselkedésének bizonyos elemeit szabályozza (Baumeister 2002). Erre tanulmányunk következő fejeztében részletesebben kitérünk.

Az önkontroll kérdése személyiségpszichológiai megközelítésben

A *személyiségpszichológiai megközelítés* egyik meghatározó képviselője Roy Baumeister, aki a Baumeister/Tice laboratórium keretén belül folyó kutatásai révén az egyik legkomplexebb és empirikusan leginkább alátámasztott önkontroll koncepcióval állt elő.

„Az önkontroll a self ön maga ellenőrzésére irányuló erőfeszítése. Ez megnyilvánulhat abban, hogy egy személy megkísérli megváltoztatni azt, ahogy egyébként gondolkodik, érez vagy viselkedik” (Muraven és Baumeister 2000, 247. old.). Ebben az értelemben „az önkontroll folyamatok úgy is értelmezhetőek, mint a kontrollált folyamatok egy nagyobb alcsoportja, ahol a self arra tesz erőfeszítést, hogy kontrollt gyakoroljon saját válaszai felett, és nem hagyja azokat a maguk automatikus vagy normál módján lezajlani” (Muraven és Baumeister 2000, p. 248). Muraven és Baumeister (2000) szerint az önkontrollhoz szükséges erőforrás limitált: használata után időlegesen csökkenhet mértéke. Így az izomhoz hasonlítható, izmainkkal korlátozott erő kifejtésre vagyunk képesek és az izmok munkaképessége használat közben/után időlegesen csökken. Baumeister (2002) is kifejti, hogy az *ön szabályozás* szélesebb fogalom, ami tudatos és tudattalan folyamatokat egyaránt magában foglal, beleértve minden célok és standardok által irányított viselkedést is. Az *önkontroll* viszont csak a viselkedést *tudatosan megváltoztatni kívánó*

erőfeszítésekre vonatkozik, főként az impulzusok kordában tartását és a kísértéseknek való ellenállást célzó pszichés folyamatokra alkalmazható.

Erre a koncepcióra építve Tangney, Baumeister és Boone (2004) olyan önkontrollt mérő *vonásskála* kialakítását tűzték ki célul, ami számos viselkedésforma előrejelzésére biztosíthat lehetőséget. Főiskolások körében tesztelt skálájuk segítségével kimutatták például, hogy a magasabb önkontroll jobb tanulmányi átlaggal, kevesebb egészségkárosító magatartásformával és pszichés problémával járt együtt. Továbbá, a magas önkontroll-pontszám kevesebb érzelmi problémával és stabilabb személyközi kapcsolatokkal járt együtt. Erre és más kísérletes vizsgálatokra alapozva állítja Baumeister (2002), hogy az önkontroll hasznos, mérésével pedig megalapozottabban lehet előrejelezni bizonyos emberi döntéseket.

Baumeister koncepciójának alaptétele, hogy az önkontroll véges, de újratöltődő energiát fogyaszt. Az ún. *én-kimerülés* (ego-depletion) esetében az emberek veszítenek önszabályozási erejükből, de kevésbé sikeresek az ítéletalkotási vagy a logikai feladatokban is. Az *én-kimerülés* állapotának kimutatható élettani jelei is vannak, a legfontosabb *a vér glükózsztíntjének drasztikus csökkenése*. A vér glükózsztíntje az önkontrollt igénylő mentális erőfeszítések hatására csökken, és ez az agyi folyamatokra is kihat, mégpedig azért, mert az agyban a glükóz neurotranszmitterként is működhet (Baumeister és mtsai 2006). Kimutatható az is, hogy *a racionális választáshoz ugyanezt az élettani erőforrást használjuk!* (Baumeister 2008). Tehát, ha egy önkontrollt igénylő feladat lemeríti a tartalékot, racionális választásra is kevésbé vagyunk képesek.

Az önkontroll mértéke jó indikátora lehet az énkimerülés gyakoriságának. Abban az esetben, ha valaki olyan diszpozíciókkal rendelkezik, melyek az egyéni vagy társadalmi standardok szempontjából nem optimális viselkedésformákra motiválják, akkor jelentős erőfeszítést igényelhet, hogy *viselkedése* a szociálisan vagy személyesen kívánatosnak tartott mederben maradjon. Az énkimerülés állapotában tehát a személyiségvonások és a viselkedés között mért – általában relatíve gyenge – korreláció jelentős mértékben javulhat (Baumeister és mtsai 2006).

Egy másik megközelítésben, *Jack Block koncepciójában, van az önkontrollnak egy optimális szintje, amelyhez képest a alul- és a túlkontrolláltság is értelmezhetővé válik*. Ebben a modellben az egyik változó az „ego-kontroll” (ego-control) kifejezés az impulzusok gátlására, kifejezésére vonatkozik. A másik változó az „ego-rugalmasság” (ego-resiliency), ami azt a dinamikus kapacitást fejezi ki, ami az egyén

sztatív hatásokra adott válaszaiban az ego-kontroll mértékét kontextuálisan alakítja (Leitzring és mtsai 2005).

A túlkontrollált egyén szituációról szituációra képes visszafogni impulzusait és érzelmeit, még akkor is, ha arra nem lenne szükség. Ezért nehézségeik vannak a döntéshozásban, szükségtelenül késleltetik a jutalmakat vagy megtagadják maguktól az örömeiket. Szoros napirend szerint élnek, és képesek hosszú ideig folyamatosan végezni ismétlődő feladatokat.

Ezzel szemben az alulkontrollált egyén még akkor is kifejezi érzéseit, impulzusait, ha az kifejezetten nem odaillő. Viszonylag hamar kifejezik érzelmeiket és impulzusait, még akkor is, ha az szociálisan vagy személyes érdekeiknek nem megfelelő; viszonylag kevésbé képesek késleltetni a jutalmakat, változó érzelmeik vannak, spontánok, könnyen elterelhetők céljaiktól, a szokások kevésbé kötik meg őket.

Az elmélet alkalmazhatóságának hátránya, hogy ez a koncepció is csak a rugalmatlan alulkontrolláltságot tudja megfelelően kezelni. A túlkontrolláltság és a magas ego-rugalmasság jelentőségének kiemelése jogos, azonban empirikus szempontból jelenleg még ezek a jelenségek nehezen mérhetőek és nem egyértelműen értelmezhetőek.

Következtetések

Olvasatunk szerint, a fogyasztói önkontroll *magatartásgazdaságtani* vizsgálata alapvetően két irányban történik. Az egyik irányzatot a fogyasztói döntések *sztatív tényezőinek kognitív reprezentációja* kapcsán megfigyelhető problémák kötik le, mégpedig elsősorban azok, amelyek *gyengíthetik* a fogyasztó „akaraterejét”. A magatartásgazdaságtanban már nem vitatják a fogyasztói rövidlátás jelenségének létét (szemben a neoklasszikus közgazdaságtannal). Ide sorolható minden olyan döntési helyzet, amikor a fogyasztó egy „azonnali de csak rövidtávon hasznos” kimenet és egy „későbbi, ám hosszútávon hasznos” kimenet közötti választásban, gazdaságtanilag irracionális módon, nem a haszonmaximalizáló alternatívát választja. Viszont, abban már egyáltalán nincs egyetértés, hogy pontosan melyik sztatív tényező kognitív reprezentációjának van kulcsszerepe ebben a jelenségben. Láttuk, hogy többféle alternatíva jöhet szóba. Lehetséges, hogy:

- az egyes döntési alternatívák hasznosságának intertemporális diszkontálása a döntő

- a döntési alternatívák hasznosságának kiértékelése és mentális súlyozása számít, mégpedig rövid- és hosszútávú preferenciarendszerek mentén
- az számít, hogy a döntés meghozatalának időpontjához képest mennyit kell várni az egyes döntési alternatívák realizálódására (preferencia-fordulási szituáció, (neuroközgazdaságtani megközelítés)
- a szituatív tényezőkből levezethető (számszerűsíthető) kísértés mértéke számít.

A másik jelentős irányzat nem a szituatív tényezőkre helyezi a hangsúlyt, hanem a fogyasztó valamilyen attribútumát teszi meg az önkontroll indikátorának. A legnagyobb problémánk ezzel az, hogy általában olyan, gazdaságstatisztikailag mérhető, de a fogyasztói önkontrollal csak áttételesen kapcsolatban lévő attribútumokat használnak, mint pl. az iskolázottság. Itt, megítélésünk szerint, lehetne szerepe a pszichológiai önkontroll-koncepciók alapján született mérőeszközök alkalmazásának.

Arra viszont, tudomásunk szerint, egyik irányzat sem ad választ, hogy ezek a modellhelyzetek miként konvertálhatóak úgy piaci szituációkra, hogy a fogyasztói tömegjelenségek empirikus elemzésére is alkalmas modellt kapjunk. Erre, minden kritika ellenére, a neoklasszikus közgazdaságtani modellek még mindig jobb közelítést adnak, bár a pszichológiai változók alkalmazásával ezt jelentős mértékben finomítani lehetne.

Ahhoz, hogy ez megtörténhessen, véleményünk szerint, a következő szempontokat pszichológusoknak és közgazdászoknak egyaránt figyelembe kellene venni.

Az individuális fogyasztói magatartást és a piacokon zajló fogyasztói tömegjelenségeket érdemes külön kezelni, mert ugyanazok a törvényszerűségek másként érvényesülhetnek, illetve eltérő törvényszerűségek jelenhetnek meg. A neoklasszikus közgazdaságtan keresleti elemzéseinek célja a piacokon zajló tömegjelenségek modellezése. Ezek az elemzések olyan gazdaságtani modelleket alkalmaznak, melyekben – empirikus bizonyítást nem igénylő – axiómának tekintik azt, hogy a „racionális fogyasztó” egyéni döntésének kimenete nem tér el a tömeges fogyasztói döntések aggregált kimenetétől. Lehetséges, hogy bizonyos piacokon igazolható is lenne, hogy kellően nagyszámú fogyasztói döntés aggregált kimenete a racionális (piaci körülményekből levezethető) egyéni döntés közelébe esik. Azonban ez a redukció, megítélésünk szerint, jelentős problémák forrása is egyben. Empirikus kutatások tárgyává kellene tehát tenni, hogy például az önkontrollt igénylő

fogyasztói döntések tömegszinten valóban kiegyenlítődnek-e a racionális (piaci körülményekből levezethető) kimenet körül³⁷.

Az önkontroll olyan kutatói konstruktum, amely a fogyasztó intertemporális döntéseinek racionális kivitelezéséhez szükséges erőt³⁸ befolyásoló intrapszichés és szituatív változók eredőjét képezi le. Ez a változó olyan folyamatokat képez le, amely jelentősen befolyásolja az egyéni fogyasztói döntéseket, mégpedig oly módon, hogy az a piaci tömegjelenségekre is kihatással van. A neoklasszikus gazdaságtani modellekben a piaci kereslet elemzéséhez gyakran olyan gazdaságstatisztikai indikátorokat használnak, amelyek a fogyasztói tömegben születő fogyasztói döntések pszichés háttéréről semmit nem árulnak el. A jelenség fő oka a fogyasztói önkontrollal foglalkozó magatartásgazdaságtani és a pszichológiai szakirodalom áttekintése során is szembetűnő. E téma kapcsán is az a kérdés, hogy a fogyasztói önkontroll bonyolult konstruktumra redukálható-e olyan, viszonylag egyszerűen mérhető változókra, amelyek beépíthetők a gazdaságtani modellekbe is. .

Ebből a szempontból is példaértékű George Katona munkássága, aki igazolta, hogy az egyéni fogyasztói döntések pszichés háttéréről gyűjtött adatok, ha azokat megfelelő empirikus protokoll szerint mérik, világosabb és dinamikusabb képet adnak az aggregált szintű viselkedési tendenciákról is (Katona 1974). Nem biztos, hogy erre mindig szükség van a piaci tömegjelenségek kezeléséhez, de ezt empirikus vizsgálatok alapján kellene eldönteni. Ehhez viszont a pszichológiai módszerek célirányos alkalmazása is szükséges.

Az ilyen jellegű vizsgálatok nemcsak bizonyos piaci jelenségek pontosabb leírását segíthetik elő, hanem a fogyasztói önkontroll mértékét befolyásoló gazdaságpolitikai intervenciók alapját is képezhetik. A napjainkban zajló gazdasági válság egyik tanulsága pontosan az, hogy megfelelő szabályozás nélkül könnyen a fogyasztói rövidlátást erősítő gazdasági környezet alakulhat ki, ami hosszú távon jelentős károkat okoz az egyénnek és a társadalomnak egyaránt. A fogyasztó önkontroll elemzése rámutathat arra, hogy egyéni, társadalmi és gazdasági szinten milyen kontrollmechanizmusok szükségesek ahhoz, hogy a gazdasági szereplők rákényszerüljenek a hosszú távú szempontok mérlegelésére is.

37 Ha igen, akkor ez a gazdaságtani elemzésekhez nem ad új, érdemi információt. Azonban valószínű, hogy ezek a döntések tömegszinten nem egyenlítődnek ki. Bizonyos termékeknek nem is lenne piaca, ha a fogyasztók egy része nem küzdene önkontroll-problémákkal, például a dohánytermékek vagy a fogyasztószerek esetében. Más termékek esetében a fogyasztók önkontroll-problémái a kereslet mértékét befolyásolhatja jelentősen, például az alkoholfogyasztás vagy az élelmiszerek esetében.

38 Akaraterőt – mondaná a közgazdász; motivációs erőt – mondaná a pszichológus.

Irodalomjegyzék

- Ainslie, G. (2001): *Breakdown of will*, Cambridge University Press, New York.
- Akerlof, G. A. (1991): Procrastination and Obedience. *American Economic Review*, 81(2), 1-19.
- Ameriks, J., Caplin, A., Leahy, J. & Tyler, T. (2004): Measuring self-control. *NBER Working Papers*, [Online] Available at: <http://www.nber.org/papers/w10514>
- Baumeister, R. F. (2002): Ego depletion and self-control failure: an energy model of the self's executive function. *Self and Identity*, 1(2), 129-136.
- Baumeister, R. F; Gailliot, M., DeWall, C. N., Oaten, M. (2006): Self-Regulation and Personality: How Interventions Increase Regulatory Success, and How Depletion Moderates the Effects of Traits on Behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1773-1801.
- Baumeister, R. F. (2008): Free will in scientific psychology. *Perspectives on Psychological Science*, 3(1), 14-19.
- Benhabib, J. & Bisin, A. (2005): Modeling internal commitment mechanisms and self-control: A neuroeconomics approach to consumption–saving decisions. *Games and Economic Behavior*, 52(2), 460-492.
- Elster, J. (2001): *A társadalom fogaskerekei. Magyarázó mechanizmusok a társadalomtudományokban*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Fox, N. A. & Calkins, S. D. (2003): The development of self-control of emotion: intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*, 27(1), 7-26.
- Freud, S. (1991): *Az őszvalami és az Én*, Hatágú Síp Alapítvány, Budapest.
- Friedman, M. (1986): A pozitív közgazdaságtan módszertana. In: Riesz Miklós (ed.): *Infláció, munkanélküliség, monetarizmus: válogatott tanulmányok*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 17-50.
- Gilbert, D. T., Pinel, E. C., Wilson, T. D., Blumberg, S. J. & Wheatley, T. P. (1998): Immune Neglect: A Source of Durability Bias in Affective Forecasting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 617-638.
- Gul, F. & Pesendorfer, W. (2004): Self-control, revealed preference and consumption choice. *Review of Economic Dynamics*, 7(2), 243-264.
- Jolls, C., Sunstein, C.R., Thaler, R. (1998): A behavioral approach to law and economics. *Stanford Law Rev.* 50, 1471-1550.
- Kahneman, D. (2003): Experienced Utility and Objective Happiness: A Moment-Based Approach. In: I. Brocas & J. D. Carrillo (eds.), *The Psychology of Economic Decisions, vol. 1: Rationality and Well-Being*, Oxford University Press, Oxford, 187-208.
- Katona, G. (1974): Psychology and Consumer Economics. *The Journal of Consumer Research*, 1(1), 1-8.
- Lea, S. E. G. & Webley, P. (2005): In search of the economic self. *The Journal of Socio-Economics*, 34(5), 585-604.

- Letzring, T. D., Block, J., Funder, D. C. (2005): Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), 395–422.
- McFadden, D. (1999): Rationality for Economists? *Journal of Risk and Uncertainty*, 19(1-3), 73-105.
- Monterosso, J. & Ainslie, J. (2007): The behavioral economics of will in recovery from addiction. *Drug Alcohol Dependence*, 90(S1), S100-S111.
- Mullainathan, S. & Thaler, R. H. (2001): Behavioral Economics. In: N. J. Smelser & P. B. Baltes (eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Elsevier, [Online] Available at: doi:10.1016/B0-08-043076-7/02247-6.
- Muraven, M. & Baumeister, R. F. (2000): Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259.
- Olson, K. R. (2005): Engagement and Self-Control: Superordinate dimensions of Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1689–1700.
- Rabin, M. (2002): A perspective on psychology and economics. *European Economic Review*, 46(4-5), 657-685.
- Shoda, Y., Mischel, W. & Peake, P. (1988): Predicting Adolescent Cognitive and Self-Regulatory Competencies from Preschool Delay of Gratification: Identifying Diagnostic Conditions, *Developmental Psychology*, 26(6), 978-986.
- Stutzer, A. & Frey, B. S. (2006): What Happiness Research Can Tell Us About Self-Control Problems And Utility Misprediction. *Institute for Empirical Research in Economics Working Papers*, [Online] Available at: <http://www.iew.unizh.ch/wp/iewwp267.pdf>.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004): High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-322.
- Thaler, R. H. & Shefrin, H. M. (1981): An Economic Theory of Self Control. *Journal of Political Economy*, 89(2), 392-406.
- Thaler, R. H. (1981): Some Empirical Evidence on Dynamic Consistency. *Economic Letters*, 8(3), 201-207.
- Wegner, D.M. (2002): *The illusion of conscious will*. MIT Press, Cambridge, MA.

AZ EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS FOGYASZTÓI DÖNTÉSEK ELEMZÉSE A LEHETŐSÉGELEMÉLET TÜKRÉBEN³⁹

Az egészség-gazdaságtani folyamatok modellezésében gyakran használt egészség-termelési elmélet (M. Grossman) az egészségtudományok illetve a döntéselmélet fejlődése következtében jelentős mértékben továbbfejleszthető.

Tversky és Kahneman lehetőségelméletének adaptálása az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntésekre az egészségtermelési teória magyarázó erejének kiterjesztését kínálja fel.

A lehetőségelmélet előfeltételeinek beépítése az egészségtermelési modellbe, úgymint a referenciapontok kialakítása, illetve az egyes kimenetek előjelének jelentősége, alkalmassá teszik azt az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos nyereségek és veszteségek rendszerezésére.

Az így kialakuló problémakörök messzemenően befolyásolják az egészséget érintő fogyasztói döntéseket. Az egyes problémakörökhöz speciális és jól azonosítható fogyasztói igények tartoznak, melyek elemzése az egészség-gazdaságtani folyamatok mélyebb megértéséhez elengedhetetlenek.

Bevezetés

Az egészségügyi közgazdaságtan szerepe egyre jelentősebb az egészségpolitikai döntéshozatali folyamatokban. Az egészségpolitikára azonban a közgazdasági szempontok mellett más tényezők is hatást gyakorolnak, így például az egészségtudományok fejlődése is. Így napjainkban kezd el a politikában is érvényesülni az egészségtudományokban már megindult szemléletváltási folyamat, miszerint a megromlott egészség helyreállítására szakosodott egészségügyet az egészség megőrzésére, illetve az egészséges életvitel kialakításának támogatására szolgáló egészségfejlesztéstől elkülönülten kell kezelni. Meggyőződésem, hogy ehhez a fejleményhez a közgazdaságtani gondolkodásnak is előbb-utóbb alkalmazkodnia

³⁹ Lippai László (2012): Az egészséggel kapcsolatos döntések elemzése a lehetőségelmélet tükrében. In Hámori Balázs, Vajda Beáta, Tóth László, Derecskei Anita, Prónay Szabolcs (szerk.): *Érzelmek és indulatok a gazdaságban: A gazdasági szereplők viselkedésének sajátosságai a döntésekben és folyamatokban: Tanulmánykötet*. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged. 322-345. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

kell. Ezért vállalkoztam arra, hogy az egészség-beruházási döntések gazdasági vonatkozásainak feltárásával próbálkozzam. Tisztában vagyok azzal, hogy az általam felvázolt kép *közel sem teljes*, célom csupán annak illusztrálása volt, hogy ez a terület is bevonható a közgazdasági elemzés hatókörébe.

Tételezzük fel, hogy bizonyos döntéseink – nevezzük ezeket egészség-beruházási döntéseknek – teljes mértékben meghatározzák magunk vagy mások egészségét. Ebben az esetben, haszonmaximalizáló döntéshozót feltételezve, a következő tényezők definíálása szükséges: ki a *döntéshozó* és milyen hatóköre van; milyen *problémátérben* kell a döntéseit meghoznia, vagyis mi a kiinduló- és kívánatos célállapot, illetve mekkora a problémátér időhorizontja; milyen *cselekvési alternatívák* azonosíthatóak, illetve milyen pontosan határozható meg *az egyes alternatívák szubjektív várható hasznossága* (Simon, 1983).

A döntéshozó hatóköre az egészség-beruházási döntésekben

A döntéshozó meghatározásával kapcsolatban nem beszélhetünk egységes álláspontról a szakirodalomban. Michael Grossman 1972-ben, azóta sok vitát indukáló egészségkeresleti modelljében a döntéshozó az egyén, döntésének hatóköre saját egészségére terjed ki. Grossman szerint az egyén fogyasztási és beruházási döntéseivel képes befolyásolni egészségét (Grossman, 2004). Az egészségkeresleti modell egyik továbbfejlesztésében az egyén, a munkavállaló egészségét már két döntéshozó határozza meg: a család és a munkáltató. A modellben olyan háromszemélyes háztartás szerepel, amely egységként cselekedve hozza meg a részét képező családtagra, a munkavállalóra (férj) vonatkozó allokációs döntéseit. Az egyik döntéshozó tehát az összehangoltan cselekvő család. A másik döntéshozó a munkáltató, akiről feltételezik, hogy nyereségesebb beruháznia a munkavállaló egészségébe, mert a beteg munkavállaló helyettesítése jobban csökkenti profitját. Mindkét döntéshozó esetében feltételezik, hogy a képesek megvalósítani olyan cselekvési alternatívákat, melyek meghatározzák a munkavállaló egészségét (Bolin, Jacobson és Lindgren, 2002). Azonban, úgy tűnik, hogy mindkét modell esetében a döntéshozó(k) definíálása az egészség-beruházási problémátér azonosításának függvénye volt.

Az egészség-beruházási döntések problématerere

Az egészség-beruházási döntések problématerének elemzése során az egyik legfontosabb kérdés, milyen dimenzió(k) mentén törekszenek az egyes elméletalkotók arra, hogy jelenlegi és a kívánt célpozíció közötti különbséget meghatározzák.

Grossman egészségkeresleti modelljében a problémater központi dimenziója az egészségkészlet. Az egészségkészlet időmennyiség, amelyet munkavégzésre így jövedelmünk növelésére fordíthatunk. Felfogásában az egészségkészlet születéskor maximális, az életkor előrehaladtával viszont bizonyos beruházások hiányában folyamatosan csökken. Grossman vitatott megfogalmazásában az egészségben töltött napok száma csökkenhet olyan szintre, hogy a racionális, haszonmaximalizáló egyén inkább halált „választja” (Lepp-Gazdag és Brandtmüller, 2005; Grossman, 2004).

Grossman a fogyasztó jövedelmét befolyásoló tényezőként tartotta számon az egészségkészletet. Minden olyan munkanap, amikor a munkavállaló nem egészséges, csökkenti a jövedelmet. Az egészségkészlet így tehát olyan erőforrás, „... amelyet a gazdasági rendszer termel ki és amelyet más javak és szolgáltatások előállításához használnak fel”, tehát tőkejóság (Kopányi, 2002. 395. old). Feltételezi, hogy a munkavállalónak racionális egészséget termelni, hiszen csak így használhatja fel tudástőkéjét más javak és szolgáltatások előállításához, és hosszú távon csak így maximalizálhatja elérhető jövedelmét.

Grossman legfontosabb – teljesen még nem bizonyított – hipotézisének azt tartja, hogy a formális iskolázottság – a tudástőkébe történt beruházás mennyisége – pozitívan befolyásolja az egészségtőkét. A humán tőke e két megnyilvánulási formája közti szoros pozitív korrelációt számos vizsgálat igazolta, ez azonban még nem igazolja azt a kauzális kapcsolatot, melyre modelljében is épít (Grossman, 2004). Felismeri, hogy az egyén egészség termelése input-oldalon (szabad)idő és bizonyos jóságok beszerzésének költségével jár (Lepp-Gazdag és Brandtmüller, 2005). Az egészség-beruházási döntés outputja, célállapota a hosszútávon maximalizált jövőbeli egészségkészlet, melyet az egyén szubjektív egészségérzetként észlel (Grossman, 2004).

Bolin, Jacobson és Lindgren kibővített egészségkeresleti modellje lényegében nem változtat a problémater egészségkészlet dimenzióján. Annyiban finomítanak rajta, hogy egyrészt beépítik Jacobson eredményét, miszerint család *nem* törekszik az egészségtőke egyenlő elosztására, hanem olyan helyzet kialakítását célozza meg, ahol az egyes családtagok egészségkészletét megőrző beruházás határköltése egyenlő a határhasznával. Továbbá, beépítik a problématerbe a munkáltatói

szempontokat, hiszen a munkavállaló megbetegedése termelés kieséssel, továbbá többnyire nem előre tervezhető költségekkel jár: pl. helyettesítő munkaerő toborzása és munkabére, táppénz, kártérítés stb. (Bolin, Jacobson és Lindgren, 2002).

Mindkét modellben az egészség-beruházás megtérülése az egészségkészlet-vesztés költségének elmaradásából származik. Ez a biomedicinális egészségfogalmat képezi le, miszerint az egészség nem más, mint a betegség pusztta hiánya.

A munkavállalói egészség-beruházások cselekvési alternatívái

Az egészség-beruházások cselekvési alternatíváinak definiálásával a korábban említett egészségkeresleti modellek alapján véve nem foglalkoznak. Grossman tesz néhány utalást arra, hogy az egészség-beruházás nemcsak az egészségügyi ellátás igénybevételében, hanem más módon is történhet (élelem, mozgás), de a problémátér szofisztikált megközelítéséhez képest nem túl rendszerezett módon. Az egészség-beruházási döntések pontos leírásához azonban, megítélésem szerint, mindenféleképpen szükséges a cselekvési alternatívák valamiféle kategorizációja. Ebben döntő szerephez jut az egészségügy kompetenciájának behatárolása. Ez döntő fontosságú az „egészség – betegség” dimenzió mentén zajló gazdasági tevékenység jellegének azonosítása során is. Az egészség – betegség határvonal mentén hozott döntéseinket leginkább egy egészség-mátrix keretében lehetne jellemezni. Az egészség-mátrixot egy „szubjektív – laikus”, valamint egy „objektív – szakmai” kritérium mentén lehet felállítani.

		„laikus” kritérium – a közérzet szubjektív megítélése	
		betegségérzet	jóllét
orvosi kritérium: objektíven diagnosztizált betegség	„van” – diagnosztizáltan beteg	1) betegségérzettel kísért betegség, megrendült egészség	2) jóllét érzése betegséggel
	„nincs” – orvosilag egészséges	3) betegség nélküli rossz közérzet	4) jóllét betegség nélkül

(Naidoo és Wills, 1999. nyomán)

Az egyes cselekvési alternatívák egymástól igen eltérő piacok fogyasztójává teszik a döntéshozót – legyen akár munkavállaló, akár munkáltató. A továbbiakban, a teljesség igénye nélkül a munkavállaló szempontjából próbálom az egyes cselekvési alternatívák piacának jellemzőit rendszerezni.

1. a) *Betegségérzettel kísért betegség munkavállalói oldalról.* „A betegség a megrendült egészségnek az az objektív állapota, amelyet meghatározott és mások által elfogadott bizonyítékok alapján lehet igazolni” (Naidoo és Wills, 1999. 5. old.). Ez a cselekvési alternatíva mindenképpen az egészségügy kompetenciakörébe tartozik. Az egészségügyi ellátás olyan termékek és szolgáltatások összessége, amelyek elsődleges célja a gyógyítás, vagyis a megrendült egészségi állapot helyreállítása, vagy legalábbis a további egészségromlás megakadályozása.

Az egészségügyi ellátás iránti kereslet és a kínálat összehangolódási folyamatában az árrendszernek döntő szerepe van, ezért az egészségügyi ellátás piacáról beszélhetünk. Az egészségügyi közgazdaságtan egyik legfontosabb megállapítása, hogy az egészségügyi piac *nem* felel meg a tökéletesen versenyző piac kritériumainak. Ezek a teljesítetlen szempontok szolgálnak alapul a sajátos piac specialitásainak leírásához.

Egyrészt az egészségügyi ellátás iránti kereslet *származtatott kereslet*. Az egészségnek nincs csereértéke, vagyis közvetlenül nem vásárolható. Csereértéke az egészségügyi terméknek vagy szolgáltatásnak van melynek hasznossága az egészség (Brandtmüller és Lepp-Gazdag, 2005). Az egészség-mátrixból adódóan az egészségügyi piac termékeire és szolgáltatásaira olyan fogyasztóknak van kereslete, akik szubjektíven betegnek érzik magukat és diagnosztizálhatóan betegek is. Így a fogyasztóvá válást alapvetően két tényező befolyásolja: az orvoshoz fordulási hajlandóság és a kínálati oldalt képviselő orvos döntése („ügynök-modell”). A „rossz közérzetű” fogyasztók száma a magyar lakosság körében is messze meghaladja azok számát, akik végül ténylegesen is orvoshoz fordulnak. Ugyanakkor az „orvosi szakvélemény” már önmagában is egy egészségügyi szolgáltatás, mégpedig nem is olcsó. Az orvos szakvéleménye alapján kerülhet valaki „beteg státusba”, annak minden jogi, társadalmi és gazdasági következményével együtt. Az adott emberre vonatkozó diagnózis dönti el, hogy az orvoshoz forduló közül ki milyen egészségügyi szolgáltatás fogyasztójává válhat a továbbiakban, mentesül-e átmenetileg a munkavégzés alól stb. (Naidoo és Wills, 1999.).

Az egészségügyben az eladó-vevő viszonyra általában jellemző információs aszimmetria fokozott mértékben jelentkezik. A tökéletesen versenyző piaci helyzet – vagyis amikor az eladó, illetve a vevő is ugyanannyi információval rendelkezik a tranzakció tárgyáról – irreálisnak tűnik a legtöbb egészségügyi közgazdász számára. Ebben az esetben a piaci tranzakcióban részt vevő felek egyike sem rendelkezhetne olyan információval, melynek révén lehetősége nyílik piaci előny szerzésére (Blomquist és Léger, 2004). Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többlettudás halmozódik fel a tranzakció tárgyáról, vagyis például

az adott betegség gyógyításáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a káros mellékhatások valószínűségéről. A keresleti oldal a betegekéből és a biztosítótársaságokból tevődik össze. Ha az egészségügyi szolgáltatások piaca tökéletesen versenyző feltételek mellett működne, akkor a szolgáltató számára teljes mértékben közömbös lenne, hogy egy adott betegnek hány egységnyi terméket ad el, illetve nem lenne oka arra, hogy információit kiaknázva további termékegységek eladására törekedjen. Az orvosoknak van erre lehetőségük, ezért az egészségügyi piacának leírására leginkább a monopolisztikus versenyt tartják alkalmas keretnek (Blomquist és Léger, 2004).

A beteg kiszolgáltatottsága tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett: a tudástöbbletből, amely részben az aszimmetrikus információkból fakad; a nagyobb döntési lehetőségéből; ugyanakkor a beteg szuverenitása viszont sérül, gyakran nincs döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet. A csökkentésre a törvényi szabályozás, az orvosi kultúra, az etikus hozzáállás és az anyagi ösztönzés adhat módot. A beteg kiszolgáltatottságát tovább erősíti az egészségügyi szolgáltatók *monopolhelyezete*, amelyet gyakran a célszerű szervezéssel indokolnak a rendszer alakítói. Az orvosi kamarák és gyakran a biztosítótársaságok is a monopolhelyzet fenntartásában érdekeltek (Kornai, 1998).

Az információs asszimmetria miatt a bizalom az orvos – beteg kapcsolat kritikus pontja. Minél nagyobb költséggel jár az inkompetens szolgáltató okozta kár (például orvosi műhiba), annál inkább nő a bizalom szerepe a szolgáltató megítélésében. Swan kutatásából világosan kitűnik, hogy a betegek többsége nem rendelkezik kellő szakértelemmel az orvostudomány terén, ezért kénytelen bízni abban, hogy orvosa kompetens és az érdekeiknek megfelelően jár el. (Swan et al., 1999).

Johnson és Grayson a szolgáltatók és fogyasztók kapcsolatában a bizalom kognitív és affektív dimenziójának jelentőségét emeli ki (Johnson és Grayson, 2005). A fogyasztói bizalom kognitív aspektusa alatt leginkább a szolgáltató kompetenciájába és megbízhatóságába vetett hitet vagy meggyőződést értjük. A bizalom kognitív dimenziója teszi lehetővé az előrejelzést arra vonatkozóan, hogy a szolgáltató milyen valószínűséggel fogja a kínált szolgáltatás kötelezettségeit teljesíteni. Ez a tudás részben a szolgáltató szituációbeli viselkedésének megfigyeléséből származik, másrészt azokból a hírekből, melyek más fogyasztóktól átszűrődtek.

Továbbá, a tökéletesen versenyző piac kialakulását gátolja az is, hogy az egészségügyi ellátás igénybevételevel kapcsolatban nagy a *bizonytalanság*. Ez elsősorban abban nyilvánul meg, hogy az egészségügyi ellátás igénybevétele általában

nem tervezhető a fogyasztók számára (Brandtmüller és Lepp-Gazdag, 2005). Az egészségügyi biztosításokban, és ez alól tulajdonképpen a társadalombiztosítás sem kivétel, fokozatosan érvényesül az erkölcsi kockázat (moral hazard): vagyis minél jobban fedezi a biztosítás a kárt, annál gyengébb a biztosított ösztönzése a kár megelőzésére. A fogyasztó kevésbé érdekelt egészségének megőrzésében, az egészséges életmód kialakításában, a szűrővizsgálatokban való részvételben, mivel az ellátás „ingyenes”. Ez az egészségügyi szolgáltatások túlhasználására csábítja. Ugyanakkor az orvosok sem érdekeltek az egészségügyi szolgáltatások költségeinek korlátozásában (Kornai, 1998).

Az egalitarizmus miatt az egészségügy terén a társadalom morális szempontból igen érzékeny az amúgy elkerülhetetlen *piaci szelekcióra*. Törvényszerű, hogy minden gazdasági mechanizmus valamilyen módon szelektál a potenciális fogyasztók között. Ugyanakkor éppen az egészség különleges értéke miatt az egészségügyi szolgáltatásokban ez a fajta szelekció nem tolerálható.

Az egészségügyi rendszer elsődleges célja a gyógyítás, vagyis az egészségi állapot helyreállítása vagy stabilizálása. Alapjában véve a szakképzett alkalmazottakkal gyógyító munkát végző intézmények alkotják ezt a rendszert, de ide tartozik az otthonápolás, a természetgyógyászat, a közegészségügy és a balesetvédelem, balesetmegelőzés is. Ebből a teljesség igénye nélkül megszületett felsorolásból is látszik, hogy egy rendkívül sokszínű területről van szó. Ez a rendszer integrálódik be egy nagyon komoly súllyal rendelkező egészség-szektorba. Az egészség-szektorba az egészségügyi rendszeren kívül beletartozik a: gyógyszergyártás, a gyógyszer nagykereskedelem, az orvosi berendezések és műszerek gyártása, a tág értelemben vett gyógyászati segédeszközök gyártása és forgalmazása, a keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi és biztosítói támogatások is (Mihályi, 2003).

Az egészségügyi rendszer gazdasági kérdései a neoklasszikus közgazdaságtan eszközeivel viszonylag jól leírhatóak. A ráfordítások és az eredmények jól elhatárolhatóak egymástól. A ráfordítások indikátoraként az orvosok létszámát, az ápolók állományát és a kórházi ágyak számát szokták alkalmazni. Az egészségügyi rendszer teljesítményét pedig az orvos-beteg találkozások és a kórházban töltött napok számával, valamint az elfogyasztott gyógyszerek mennyiségével mérik.

1. b) *Betegségérzettel kísért betegség munkáltatói oldalról.* A munkavállaló gyógyítása nem feladata a munkáltatónak, bár finanszírozásából részt vállalhat, továbbá munkavállaló megbetegedéséből adódó termelés kiesés költségei profitjának csökkenését okozza.

2. a) *Jóllét érzése betegséggel a munkavállaló oldaláról.* Ez a terület leginkább a szűrővizsgálatok kapcsán kerül az egészségügyi közgazdaságtan homlokterébe. Alapvetően ez is orvosi kompetenciakörbe tartozik, azonban az 1) alternatívához képest teljesen más szemléletmódot igényel. Itt a keresleti oldalt a teljes lakosság vagy annak szakmai szempontok szerint szűrt rétege (rizikócsoporthoz) képezi. A lakossági szűrővizsgálatok gyakori célja, hogy a megcélzott betegségben csökkenjen a halálozási ráta. A szűrésre alkalmas orvosi módszerek lehetővé teszik az általában súlyos betegség korai felismerését. Az egészségügyi közgazdaságtan szempontjából a legfontosabb kérdés a szűrővizsgálatok finanszírozhatósága, valamint a kiszűrt betegek ellátáshoz szükséges szolgáltatási kapacitás felmérése. A szűrés és a kiszűrt betegek időben történő ellátása egyformán szükséges ahhoz, hogy a szűrővizsgálatoktól remélt életvényereséget realizálni lehessen. A kínálati oldal adott, a szolgáltatást legtöbbször az egészségügyi ellátó rendszer nyújtja. A kereslet kialakítása viszont Magyarországon is komoly egészségmarketing erőfeszítéseket igényel. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Népegészségügyi Programjának költségvetése legnagyobbbrészt szűrővizsgálatok finanszírozására szolgál, így a szűrővizsgálatok legnagyobb megrendelője az állam. Az állampolgár „ügynökeként” mérlegeli, hogy milyen típusú szűrővizsgálatokat finanszíroz (és milyeneket nem). Ugyanakkor, marketing szempontból, a szűrővizsgálatok legnagyobb nehézségét az jelenti, hogy magukat betegnek nem érző embereket kell az egészségügyi ellátó rendszerbe „csábítani”. A szűrővizsgálatok iránti igény felkeltése jelenti a legnagyobb feladatot.

Nyugat-Európai példák mutatják, hogy a jól szervezett szűrővizsgálatok jelentős mértékben képesek növelni az egészségügyi ellátó rendszer hatékonyságát és eredményességét is (Boncz és mtsai, 2005). Az időben felismert betegség időben elkezdett kezelése olcsóbb, gyorsabb, a beteg számára kevésbé megterhelő és a megromlott egészség helyreállításának valószínűsége nagyobb is. Azonban, a szűrővizsgálatok – orvosi és gazdasági okok miatt is – gyakran csak a súlyos betegségek feltárására irányulnak. A lakosság egészségét, várható élettartamát döntően befolyásoló életmódra, életkörülményekre nincsenek hatással, így az egészségügyi csökkenő hozadékát hosszú távon nem képesek ellensúlyozni.

2. b) *Jóllét érzése betegséggel a munkáltató oldaláról.* A munkahelyi megterhelések káros egészségügyi hatásainak csökkentésével elsősorban foglalkozás-egészségügy foglalkozik. A tradicionális foglalkozás-egészségügy elsősorban a fizikai és vegyi veszélyeztető tényezőkre koncentrál, szorosan együttműködve a munkavédelmi szakemberekkel. Korszerű változatában már mentálhigiénés szolgáltatások is szerepet kapnak.

Magyarországon törvény rendelkezik arról (1993. évi XCIII. Törvény a munkavédelemről), hogy a munkáltatónak szervezett munkavégzés keretében foglalkoztatott munkavállalója számára foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást kell biztosítani. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást a munkáltató saját fenntartású rendelőben, illetve egészségügyi alapellátó intézménnyel kötött szerződéssel. A szolgáltatás finanszírozásáról a munkáltató köteles gondoskodni. A foglalkozás-egészségügyben dolgozó egészségügyi személyzet legfontosabb feladata a munkahellyel illetve a munkavégzéssel összefüggő megbetegedések megelőzése, vagyis a prevenció. A foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatásnak szerepe van a munkaerő-kiválasztásban, illetve az állomány többé-kevésbé rendszeres felmérésében, szűrésében.

3. a) *Betegség nélküli rossz közérzet munkavállalói oldalról.* A „betegség nélküli” jelző arra vonatkozik, hogy orvosilag diagnosztizált betegség nélküli rossz közérzethez kapcsolódó cselekvési alternatívák gazdasági vonatkozásairól lesz szó a továbbiakban. Kínálati oldalról sok gazdasági szereplő próbálja kielégíteni a rossz közérzetű, ám biomedicinális szempontból (még) nem beteg fogyasztók igényeit. Ebben a cselekvési alternatívában olyan termékek fogyasztása kerül előtérbe, mint a nem-vényköteles (OTC) gyógyszerek és a kimutatottan egészségkárosító termékek (dohánytermékek, alkohol, illegális pszichoaktív szerek).

A nem-vényköteles (OTC) gyógyszerek piaca. 1998-ban a vény nélkül kapható cikkek világforgalma közel 75 milliárd dollárt tett ki. Az érintett termékek köre igen széles: vitamin és táplálkozás kiegészítő termékek, megfázás és allergia ellenes szerek, fájdalomcsillapítók, altatók, dohányzástól leszoktató szerek tartoznak ide (Mihályi, 2003). A vényköteles gyógyszerekkel szemben ezeket a termékeket lehet széles körben reklámozni, bár a hozzáférhetőségük országonként más és más törvényi szabályozás alá esik. Így a piaci verseny érvényesülésének lehetőségei igen eltérőek: vannak országok, ahol a versenyt erősítik (nincs belépési korlát, árverseny stb.)

Egészségkárosító termékek. A dohányzás, az alkohol-, illetve pszichoaktív szerek piacának érdekes problémája az, hogy a (racionális) fogyasztó miként kalkulálja ezen – egyébként is árrugalmatlan keresletű – luxuscikkek jelenbeli hasznosságát a termék árához és a jövőben felmerülő egészség-készlet veszteség költségeihez képest.

Miért dohányoznak a munkavállalók? A dohányfüst fő hatóanyaga, a nikotin, a cigarettafüstben lévő kis mennyiségben is komoly pszichofiziológiai hatásokkal jár: nyugtató és irritáció csökkentő hatása mellett megnövekedett éberséget és

aktívabb mentális folyamatokat eredményez. A stimuláló és relaxáló hatás e speciális keverékét nikotin-paradoxonnak nevezzük (Marks, 2002). Emellett a munkahelyi dohányzás gyakori indoka a munkarutin megszakítása, valamint a közös cigarettázás közösségteremtő jellege („cigarettaszünet”). Összegezve, a dohányzás – a legtöbb egészségkárosító termékkel ellentétben – átmenetileg emeli a munkaképességet (stresszcsökkentéssel és a szellemi teljesítőképesség növelésével) ugyanakkor hosszútávon igen nagy valószínűséggel bír jelentős egészségkárosító hatással. A munkavállaló szempontjából tehát az egészségkárosító termékek fogyasztásakor az idői diszkontálásnak igen nagy szerepe lehet.

3. b) *Betegség nélküli rossz közérzet munkáltatói oldalról.* Az egészségkárosító termékek (dohányárú, alkohol és más pszichoaktív szerek) munkáltatói szempontból is komoly problémát jelentenek (még akkor is, ha ilyen termékeket gyárt vagy forgalmaz). Az alkohol- és drogfogyasztás jelentős mértékben rontja a munkavállalók munkaképességét, és növeli az üzemi balesetek valószínűségét. Emellett hosszú távon csökkenti a jelentős költséggel kiképzett, tapasztalt munkaerő-állomány aktív éveinek számát. Ez a tudásintenzív iparágakban különösen nagy problémát jelent. Ugyanakkor e termékek munkahelyi fogyasztását képes csak legfeljebb szabályozni a munkáltató. Erre a felismerésre épülnek a tradicionális munkahelyi egészségfejlesztő programok. A munkahelyi egészségfejlesztés alapkonceptiója az, hogy a munkavállaló egészség-készletének megőrzése alapvetően a munkavállaló felelőssége, de a munkáltatónak is érdeke. Ezért az alkalmazott módszerek is elsősorban a munkavállalót célozzák meg – többé-kevésbé korszerű programokkal. Így kívánják csökkenteni az egyéni veszélyeztetettséget edukációval (prevenációs előadások), készségfejlesztéssel (stresszkezelő tréningek, relaxáció) és egyéb támogató programokkal (fogyókúrák programok stb.). A munkáltató számára ezek a programok akkor térülnek meg, ha hiányzások mértéke és az egészségügyi költségek csökkennek, illetve tartósan alacsonyak. A hagyományos preventív programok közös jellemzője, hogy rizikómagatartás-orientált. Ezek a programok az egészségkárosító életmód kioltására helyezik a fő hangsúlyt, hagyományos módszereik azonban az egészséges életmód kialakításában kevés segítséget nyújtanak.

4) *Jóllét betegség nélkül.* Napjainkra a testi, lelki és szociális egészség ígéretére, látszatának kialakítására vagy tényleges javítására tőkeerős vállalkozások specializálódtak. A szépségipar, a turizmus, a gyógyturizmus, a wellness és a fitness jegyében indult vállalkozások, a sportszergyártó cégek, valamint a táplálékkiegészítőket gyártó és forgalmazó (nem gyógyszergyártó) cégek, csak néhány kiragadott példát

jelentenek. Azonban a többi kereskedelmi forgalomba kerülő termék, szolgáltatás – közvetlenül és közvetve – is jelentős hatást gyakorol életmódunkra, így egészségünkre is. Nem véletlen, hogy a WHO a szegénységet, mint az egészséget befolyásoló jelentős tényezőt tartja számon (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

A tradicionális munkahelyi egészségfejlesztésben a munkavállaló egészségkészségének megőrzését *teljes mértékben a munkavállaló felelősségének* tekintik. Azonban, korábban már részletezett indokok miatt, egyes munkáltatók részben átvállalják a munkavállaló egészség-beruházási költségeit. Ez leggyakrabban a vállalat ösztönzőmenedzsmentjének keretében történik. Az egészséges termék vagy szolgáltatás ebben az esetben a vállalati juttatások részét képezi, célja a munkavállaló teljesítményének befolyásolása (uszodabérlettlől a jutaloműdülésig...).

Azonban, a gyakorlatban ezek a juttatások gyakran esetlegesek, így – átfogó koncepció hiányában – nem mindig érik el a kívánt hatást. Erre kínál megoldást az egészségpénztárak megjelenése. A Magyarországon működő kb. 40 egészségpénztár tevékenysége kb. 200.000 munkavállalóra terjed ki napjainkban (OEFI, é. n.). Ezek a pénztárak nemcsak az egészség-beruházások – termékek, szolgáltatások – finanszírozását teszik lehetővé, hanem segítséget nyújtanak piaci információk aszimmetria csökkentésében, így javítva a fogyasztó alkupozícióját.

Kenkel és Supina a munkahelyi egészségfejlesztő programok létének valószínűségét befolyásoló tényezőket vizsgálta (Bolin, Jacobson és Lindgren, 2002). Eredményeik szerint nagy létszámú vállalatoknál, a női munkavállalók magasabb aránya és alacsony fluktuációs ráta mellett nagyobb eséllyel volt található munkahelyi egészségfejlesztő programok.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos vállalati döntések során azt mérlegelik, hogy az egészségfejlesztő ráfordítások megtérülnek-e a vállalat versenyképességének javulásával. A munkahelyi egészségfejlesztés eredményeként csökkennek a betegségekhez kapcsolódó kiadások, nő a vállalat termelékenysége. A beruházás hasznából a munkáltató, a munkavállaló és az egészségügyi ellátórendszer egyaránt részesül. A vállalati előny azonban – a fluktuációs és betegállományi statisztika javulásán túl – a versenyképesség javulásában is tükröződik: pozitív munkahelyi légkör, növekvő innovációs hajlam, a termelékenység javulása érhető el. A jól végzett munkahelyi egészségfejlesztés javítja a vállalat pozícióit az ügyfelek körében és a munkaerőpiacon egyaránt (OEFI, é. n.).

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP) egy olyan vízió megvalósítása érdekében jött létre 1996-ban, amely szervesen illeszkedik a cikk elején vázolt új egészségpolitikai trendbe. A munkahelyi egészségfejlesztés tehát

olyan modern vállalati stratégia, melynek célja, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jól-létet.

A tradicionális munkahelyi egészségfejlesztés a munkavállaló egészségkészletének megőrzését teljes mértékben a munkavállaló felelősségének tekinti. A korszerű munkahelyi egészségfejlesztés azonban már a munkáltató egészségfejlesztési kompetenciáját is figyelembe veszi. Az új koncepció módszerei „egészségfejlesztő munkahely” kialakításához segítik hozzá a munkáltatót. Az „egészségfejlesztő munkahely” elnevezés nem pusztán játék a szavakkal, egy gyökeresen új vállalati emberi erőforrásgazdálkodást takar. Az egészségfejlesztő munkahelyben gondolkozó döntéshozók felismerték, hogy a vállalat egy olyan meghatározó szociális környezetet jelent munkavállalók számára, amely messzemenően befolyásolja az aktív felnőtt lakosság egészségesélyeit. A tartós munkahelyi megterhelés (pl. stressz), valamint a testi és pszichés egészségromlás közötti összefüggés felismerése nem újkeletű. Az egyén életmódját messzemenően meghatározza az a szervezeti környezet – elsősorban a szervezeti kultúra – amelyben mindennapjait éli. Ezért, ha a munkavállalók életmódját – és egészség-készletét – befolyásolni szeretnénk, akkor a vállalat szervezeti kultúrájának változása is gyakran elengedhetetlen (Grossman és Scala, 1993). Az egészségfejlesztő munkahely elsődleges célja a munkahelyi pszichoszociális megterhelés csökkentése; a csoportkohézió, illetve a társas támogatás (social support) erősítése, illetve a munkavállalói elkötelezettség növelése a szervezeti célokkal kapcsolatban. A szervezeti kultúra részét képező értékek és normák is messzemenően befolyásolják a munkavállalók életmódját. A szervezeti és vezetői normák befolyásának részletes tárgyalására azonban, terjedelmi korlátok miatt, most részletesen nem térnénk ki. Illusztrációként csak a munkahelyi stressz csökkentésével kapcsolatos egészségfejlesztő lehetőségeket vázolnám fel.

A munkahely pszichoszociális megterhelését nagymértékben csökkentheti, ha a munkáltató hajlandó a termelésben használt technológia módosítására. A munkavégző teamen belüli feladatrotáció átgondolt bevezetése jelentős mértékben csökkentheti a nagy mentális igénybevételt jelentő feladatkörökkel járó stresszt, ami lehetővé teszi a megterhelés tartós egészségkárosító hatásának minimalizálását. Nem (csak) az történik tehát csupán, hogy a munkavállaló kompetenciáját fejlesztjük azért, hogy a stresszel való megküzdési készsége erősödjön, hanem magát a munkahelyet is megváltoztatjuk olyan módon, hogy kevésbé legyen stresszkeltő (Karasek és Theorell, 1990). Erre viszont csak akkor van lehetőség, ha javul a szervezeti kommunikáció, és a munkavállalóknak van véleménynyilvánítási lehetősége (voice-giving) a munkakörüket érintő szervezeti döntésekben. Szervezetpszichológiai kutatások alapján kijelenthető, hogy a fent leírt participációs döntéshozatali

mechanizmus erősíti a szervezeti döntések iránti elkötelezettséget, ugyanakkor pozitív hatása van a munkavállalók mentális egészségére is (Karasek és Theorell, 1990; Grossman és Scala, 1993). A munkahelyi stressz befolyásolja a munkavállalók testi egészségét is (pl. szív- és érrendszeri megbetegedések, Marks, 2000)) és egészségmagatartását is (pl. dohányzás, (Ruhm, 2005)).

Munkáltatói szempontból azonban a lényeg az, hogy a hatékony egészségfejlesztő intervenció nemcsak a termelés kiesés valószínűségének csökkentését szolgálja, hanem a munkavállalói elégedettség és a szervezeti kommunikáció javítása révén erősíti a vállalat versenyképességét és növeli a profitot. A tudásintenzív iparágakban a munkaerőpiaci pozíció és profitmaximalizálás szempontjából ez döntő fontosságú.

A munkavállaló egészség-beruházási döntései

Az egészség-beruházási döntések problématerét kapcsán már esett szó Grossman egészségkészlet koncepciójáról, miszerint az egészségkészlet időmennyiség, amelyet munkavégzésre (jövedelmünk növelésére) fordíthatunk. Az egészségkészlet születéskor maximális, az életkor előrehaladtával viszont bizonyos beruházások hiányában folyamatosan csökken. Grossman megközelítése szerint az egészséges életmód jelenbeli költségek és jövőbeli előnyök választásaként interpretálható. Jelenbeli költségként a tényleges ráfordítást (pl. egy sportszer megvásárlását) és a használdozat-költséget tartotta számon. Jövőbeli előnyként a mortalitási és morbiditási változók javulását adta meg. Mikroökonómiai megközelítésben, a egészség-beruházás jövőbeli hozamáért cserébe a jelenbeli fogyasztás hasznosságáról mondunk le. A fő kérdés az, hogy miért különbözik az egyének, családok egészség-beruházási hajlandósága. Grossman szerint a magyarázat az időpreferenciában tapasztalható eltérésekben rejlik. A magas egészség-beruházási hajlandósági személyek időpreferenciája más, előnyben részesítik az egészségtől jövőbeni értékének hasznosságát a jelenbeli fogyasztás hasznosságával szemben (Grossman, 1972; Mihályi, 2003).

Grossman modellje, véleményem szerint, csak részben alkalmas a munkavállalói egészség-beruházási döntések elemzésére. Különbözőbb indoklás nélkül feltételezi, hogy az egészséget munkaképes időként interpretálható. A továbbá az abszolút referenciapontot jelentő felső idői korlát beépítésével az egészség-beruházási problémateret *veszteségkerülési értelmezési keretben* fogalmazza meg. Az egészség-beruházások legfőbb célja így az egészségkészlet veszteségének minimalizálása

lenne. Ez a megközelítés nem kínál sok lehetőséget arra, hogy a korábban vázolt cselekvési alternatívákban hozott egészség-beruházási döntések komplexitását leképpezze.

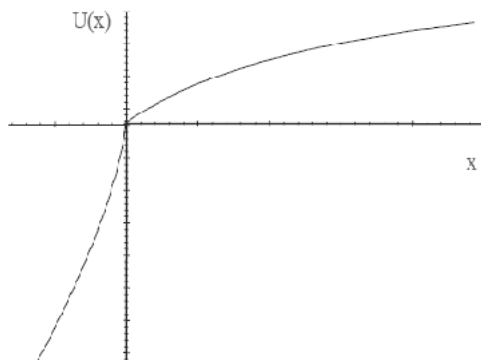
Az egészség, mint munkára fordítható idő kritikája. Blair a középosztálybeli szellemi munkát végző „fehérgalléros”, és a kétkezi „kékgalléros” munkát végző munkavállalók egészségfogalma közötti különbségeket vizsgálta. Azt találta, hogy a kékgalléros munkások koncepciója leginkább „haszonelvű egészségszemléletként” jellemezhető. Ők sokkal inkább a fizikális egészségi állapotra helyezik a hangsúlyt, az egészség számukra a betegség hiánya, a munkaképesség és betegségerzet, rossz közérzet hiánya egész nap.

A középosztálybeli, szellemi munkát végző munkavállalók esetében „az egészség, mint érték” szemlélet azonosítható leginkább. Ennek következtében a mentális állapot szerepe nagyobb az egészség megítélésében. Az egészségfogalom sokkal személyorientáltabb, a jó közérzet érzete a meghatározó, valamint az, hogy legyen energiája arra, hogy a szabadidejét kellemesen el tudja tölteni (Marks, 2000). Célzerű lenne tehát az egészséget – munkavállalói kontextusban – a munkaképesség szubjektív érzeteként interpretálni.

Az egészség-beruházási döntések referenciakeretének hiánya. Tversky és Kahneman a lehetőségelmélettel a bizonytalan döntési helyzetekben tanúsított döntéshozói viselkedés leíró modelljét alkották meg. Elméletükben a várható hasznosság (SEU) modellt fejlesztették tovább. Ebben a teóriában az egyén döntéshelyzetben *lehetőségek* közül választ. Egy lehetőség a világ két lehetséges állapotát, az alternatíva lehetséges kimeneteinek párját tartalmazza. A lehetőségelméletben is az egyes kimenetek valószínűségének és hasznosságának szorzatát vesszük figyelembe, ugyanakkor a kimenetek valószínűségét torzítjuk is, valamilyen nem valószínűségi döntési súllyal. Empirikus vizsgálatok azt találták, hogy a kimenetekhez kapcsolódó valószínűségek súlyozása fordított S-alakú görbével jellemezhető, ahol a kisebb valószínűségek súlya nagyobb, a nagyobb valószínűségű eseményeké pedig kisebb. Így a kis valószínűségeket túlzott döntési súllyal, a közepes és nagy valószínűségeket túl kis súllyal vesszük figyelembe. A nagyon kis valószínűségű kimenetek elhanyagolása is kimutatható jelenség (Doctor, J. N. et al., 2004)

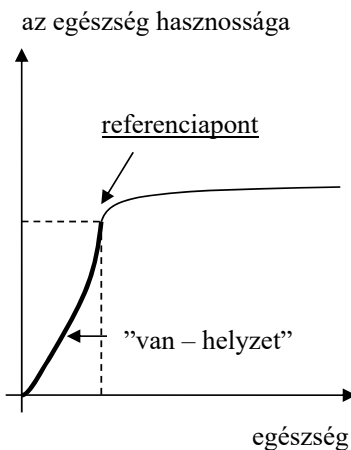
Továbbá, a lehetőségelmélet előjel-függőséget tételez fel: a kimeneteket egy referenciaponthoz viszonyítjuk, és ez alapján észleljük őket nyereségnek vagy veszteségnek. Az 1. ábrán látható hasznosságfüggvény azt mutatja, hogy egy adott mértékű veszteséget abszolút értékben túlértékelünk az azonos mértékű nyereség hasznosságához képest. A függvény konvex a nyereségek és konkáv a veszteségek szempontjából (Zoltayné, 2002).

A *veszteségkerülés* (loss aversion) azt jelenti, hogy az emberek érzékenyebbek a veszteségre, mint a nyereségre. Ugyanakkor mindhárom tényezőt (referenciapont, nyereség, veszteség) befolyásolja a keretezési hatás. A keretezési hatás azt mutatja, hogy a döntési helyzet megfogalmazása befolyással van döntéseinkre. A nyereség és a veszteség terminusaiban megfogalmazott szituáció más-más kimenetek preferenciáját hozhatja magával, még akkor is, ha a kimenetek várható hasznossága egyébként megegyezik (Tversky és Kahneman, 1991). Hogyan alkalmazható a lehetőségelmélet az egészség-beruházási döntések esetében?



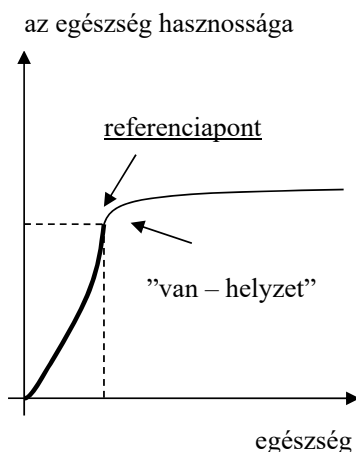
1. ábra Egy hipotetikus hasznosságfüggvény

a) A *betegségérzettel kísért betegség* alternatíva esetében a problémátér értelmezési keretét a következők szerint fogalmazhatjuk meg. A referenciapontot a megbetegedés előtti egészség (munkaképesség) és annak hasznossági szintje képezi. A lehetséges egészség-beruházási – azaz gyógyító jellegű – lehetőségeket aszerint értékeljük, hogy az egészségünk a „van-helyzetből” milyen valószínűséggel tér vissza a referenciapontba. A veszteségkerülés fokozottan érvényesül, hiszen az elérhető legnagyobb nyereség zérus, minden más kimenet értéke ez alatt helyezkedik el, ezért az egyes kimenetek valószínűségének torzítása erősebb. A „van-helyzet” megfogalmazása szubjektív (közérzet) és objektív (orvosi) szempontok alapján történik. A lehetséges kimenetek hasznosságának intervalluma pedig a referenciaponttól a zéruspontra terjed.



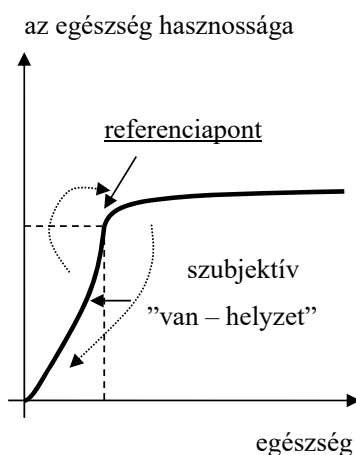
2. ábra Az egészség hasznosságfüggvénye a betegségérzettel kísért betegség esetében

b) A „jóllét érzése betegséggel” alternatíva problématerében a referenciapont és a „van-helyzet” egybeesik. Az egyes döntési lehetőségeket viszont itt is jövőbeli veszteségek valószínűségeként fogalmazzuk meg. Egy szűrővizsgálat esetében vállaljuk annak valószínűségét, hogy számunkra még érzékelhetetlen stádiumban azonosítanak egy betegséget. Egy szűrővizsgálat hasznosságát az így feltárható betegség potenciális hasznosságvesztésének mértéke szabja meg. A szűrővizsgálatok elmulasztásának kimenete viszont a veszteségek elhalasztására kínál lehetőséget. A racionális időbeli választás leírása az idői diszkontálás segítségével történik. Ez egy szubjektív leszámítolási hányados, ami befolyásolja a jövőbeli kimenetek értékét. Ez alapján vethető össze a jövőbeli fogyasztás értéke a jelenbeli fogyasztásával. Herrnstein kutatási alapján kijelenthető, hogy a leszámítolási hányados nem objektív és nem állandó. Nagyobb jutalom esetében türelmesebbek vagyunk, tehát számít a jutalom nagysága. A hosszú várakozási időt jobban viseljük, tehát az időtartam is számít. Valamint, a veszteségek elhalasztását jobban viseljük, tehát a kimenet előjele szintén fontos (Zoltayné, 2002). Ezek a tényezők messzemenően befolyásolhatják a szűrővizsgálatok keresletét.



3. ábra Az egészség hasznosságfüggvénye a jóllét érzése betegséggel esetben

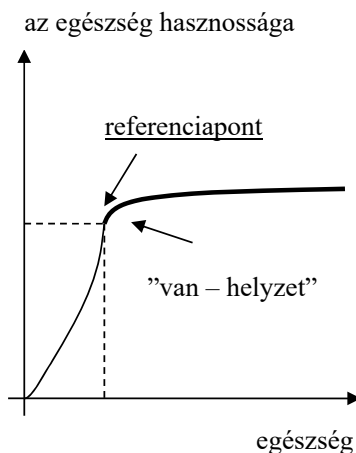
c) A „rossz közérzet betegség nélkül” alternatíva esetében a lehetséges kimenetek nem fogalmazhatók meg tisztán nyereségként, vagy tisztán a veszteségként. Minden kimenet vegyes, bizonyos mértékű nyereség és veszteség adott valószínűségű kombinációjából áll. Az alternatívába tartozó termékek alapján az is prognosztizálható, hogy a nyereség főként rövidtávon a veszteség viszont főként hosszútávon jelentkezik. További különbség, hogy a „van-helyzet” objektív és szubjektív szempontjai szétválhatnak. A döntéshozó orvosi szempontból nem beteg, szubjektíven viszont egészségszomlósnak



4. ábra Az egészség hasznosságfüggvénye a jóllét érzése betegséggel esetben

minősíti helyzetét. A helyzetet bonyolítja a rövid távú nyereség általában biztos, a hosszú távú veszteség viszont elég nagy valószínűségű, de jóval bizonytalanabb. Pl. a dohányzás esetében a *bizonyossági hatás* következtében a szinte biztos nyereséget felértékeljük (nikotin paradoxon), ugyanakkor a bizonytalanabb (észlelhető) egészségkárosodás valószínűségét leértékeljük.

d) A „jóllét betegség nélkül” alternatíva esetében a nyereség terminusaiban fogalmazzuk meg a problémateret, ahol az optimális kimenettel referenciapontunk fölé juthatunk. Azonban, a lehetőségelmélettel összhangban, az egységnyi egészségnyereséghez társuló hasznosságváltozás kisebb, mint a egységnyi egészségsromláshoz társuló hasznosságváltozás. Ez az alternatíva Grossman modelljében nem fogalmazható meg teljesen, továbbá általában kimarad az egészség-gazdaságtannal foglalkozó közgazdászok kutatásaiból.



5. ábra Az egészség hasznosságfüggvénye a jóllét érzése betegséggel esetben

A munkavállaló egészség-beruházási döntéseit befolyásoló egyéb tényezők

A munkavállalók egészség-beruházási döntéseit erőteljesen befolyásolja az a szocioökonómiai környezet, ahol ez a döntés megszületik.

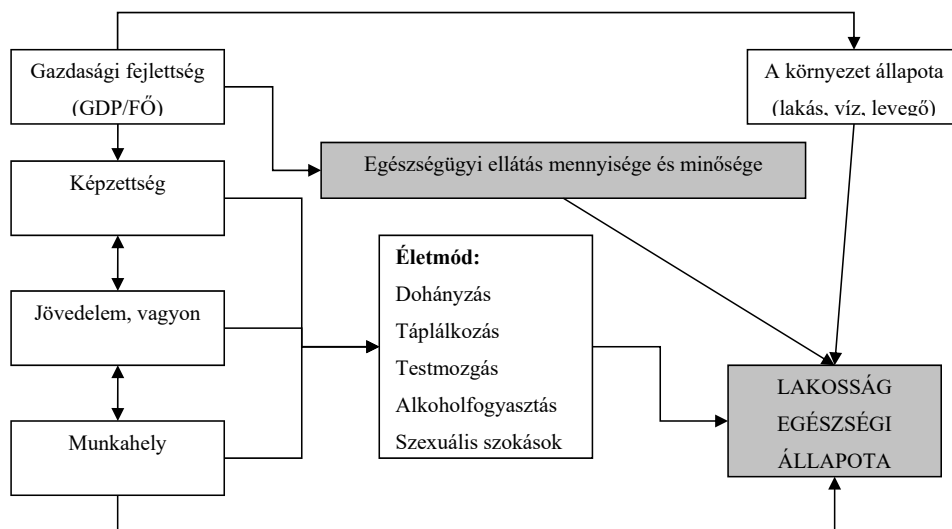
Luhmani megközelítésben, a modern társadalmak dinamikája a következő társadalmi alrendszerekből tevődik össze: gazdaság, politika és közigazgatás, tudomány, oktatás, vallás, egészségügy és a család. A modern társadalmak funkcionális szempontból differenciáltak; minden egyes alrendszer bizonyos szükségleteket elégít ki más alrendszerek felé (Grossmann és Scala, 1993). Egy társadalmi alrendszer minden külső hatást a saját nézőpontjából értékeli. A gazdaság társadalmi alrendszere például csak akkor veszi figyelembe az egészséggel és a környezetvédelemmel kapcsolatos társadalmi párbeszédet, ha az befolyásolja a profitot. Ha egy vállalat gyártási technológiája olyan mértékben veszélyezteti a munkások egészségét, hogy az a profitot is csökkenti, vagy ha a termék társadalmi megítélésének változása elmozdítja a piaci keresleti görbét, akkor ez a szektor rendkívül érzékenyen

fog reagálni. A társadalmi alrendszer reakciója azonban ekkor is gazdasági logikát követ, nem szükséges más értékeket magáévá tennie (Grossmann és Scala, 1993).

A modern társadalmak egészségügyi rendszerének gyakorlatát a *biomedicinális szemléletmód* határozza meg. Ez a szemléletmód erőteljesen betegségcentrikus: a tünetekben megnyilvánuló egészségromlás minél hatásosabb és (költség-) hatékonyabb helyreállítására törekszik. Az egészségromlás mögött elsősorban biológiai kauzalitást feltételez és ennek megfelelő intervenciós módszertant alakított ki. A biomedicinális szemléletmód az egészségromlás helyreállításában rendkívül hatékonynak bizonyult: az elmúlt évszázadok orvostudományi fejlődése jelentős eredményeket mutathat fel. A különböző diagnosztikai és (farmako-)terápiás eljárások folyamatos fejlődése jelentős javuláshoz vezetett az orvosi beavatkozások hatásosságában.

Ugyanakkor a XX. század utolsó évtizedeiben egyre lényegesebbé vált a politikai döntéshozók és elemzők számára, hogy az egészségügyi ellátásra is érvényes a csökkenő hozadék törvénye. Ha az orvostudomány fejlettségi szintjét és az adott társadalomban általánossá vált életmódot adotttnak vesszük, akkor az inputok (orvos létszám, ápolói létszám, kórházi ágy) bővítésének határhozama, vagyis a társadalom egészségnyeresége folyamatosan csökken (Mihályi, 2003).

6. ábra: Az egészségügy helye a társadalmi viszonyok rendszerében



Forrás: Mihályi, 2003. 87. old.

A fenti ábra azt mutatja be, hogy a lakosság egészségi állapotára az egészségügyi ellátás színvonalának viszonylag korlátozott hatása van. Az érett piacgazdaságokban az iskolázottság, a fogyasztási szokások, a jövedelem, a munkanélküliség vagy a munkakörülmények változásai kimutathatóan erősebb hatással voltak a mortalitási és morbiditási mutatókra (lásd. pl. „Black Report”). Ugyanakkor az is nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségügyi ellátó rendszer kiépítettségében – az orvostudomány mai fejlettségi foka és a társadalom adott életmódja mellett – van egy határ, amely felett az egészségügyi kiadások (alap- és szakellátás) volumenének növelése társadalmi szinten már nem jár szignifikáns hozaddal. Ezt nevezik a népegészségügyben *epidemiológiai korszakváltásnak*: amíg a fertőző járványos betegségek jelentik egy társadalomban a vezető halálokat, addig kis ráfordítással jelentős eredmény érhető el. A viszonylag fejlett egészségügyi ellátással rendelkező társadalmakban azonban az életmóddal összefüggésben kialakuló krónikus-degeneratív megbetegedések jelentik a fő gondot. Ezekkel kapcsolatban az orvostudomány nem tud védőoltásokhoz hasonlítható hatékonyságú módszereket felmutatni (Mihályi, 2003).

Ez hívta életre az egészségfejlesztés koncepcióját, melyet az 1986-ban megrendezésre került ottawai WHO konferencián alakítottak világméretű programmá. Az Ottawa Chartaként ismert dokumentum az egészséget már nem pusztán a betegség hiányának tekinti, ahogy az egészségügyben meghatározó biomedicinális szemléletmódból következne. Ehelyett hangsúlyozza az egészség soktényezős – biológiai, pszichés, szociális, ökonómiai és ökológiai – modelljének fontosságát. A szélesebb egészségkonceptió új módszertant követelt meg: az egészségfejlesztést, amely a gyógyításon kívül minden olyan egészségjavító eljárást magában foglal „... amely során minden ember egyre fokozottabb mértékben válik képessé saját erőforrásai hatékonyabb mozgósítására, s ezzel saját egészségi állapotát a lehető legmagasabb szintre emelheti” (Ottawa Charter For Health Promotion, 1986). Az új szemléletmód mellett a magyar egészségpolitika is elkötelezte magát az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló országgyűlési határozattal.

Az új szemléletmód szerint az egészség nemcsak az egészségügy felelőssége, hanem minden társadalmi alrendszer érintő, komplex kérdéskör. Ezt illusztrálhatja például a brit kutatók által azonosított „egészségklépcső” (health gradient) jelensége. Az alacsony szocioökonómiai státusz egészségi állapotra, illetve egészségmagatartásra gyakorolt hatását Marks a következőkben összegzi. Az alacsony szocioökonómiai státuszú családba születő gyermekek hátránya már a születéskor azonosítható. Az anya hiányos táplálkozása, gyakran egészségkárosító életmódja (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) miatt jellemző az alacsony születési

súly. Pszichés fejlődése veszélyeztetettebb, mert nagyobb arányú a családok instabilitása, a gyermekbántalmazás, a szülők dohányzása, a szülők italozása prognosztizálhatóan rosszabb iskolai teljesítményhez vezet. Testi fejlődését hátráltatja elégtelen táplálkozása, a megfigyelhető szülői testedzés hiányának hatása, továbbá a rossz hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz. Felnőttkorban jellemző az alacsony jövedelmű, szegényes háztartás, amelynek környezete túlszűfolt, a környezetszennyezés ártalmi erőteljesebben hatnak. A munkanélküliség, illetve munkahely esetében fokozottabb munkahelyi ártalmak, erős dohányosság, a testedzés hiánya, komoly italozás, kevesebb önkontroll (a közlekedési balesetek és erőszakos bűncselekmények nagyobb aránya) rontják az életkilátásokat. Továbbá, közösségi szinten gyengébb társadalmi szolidaritás figyelhető meg. Ezek a hátrányok a mortalitási és várható életkori mutatókban is tetten érhetőek. Az *egészséglépcső* akkor jelent meg, amikor a mortalitási mutatókat a szocioökonómiai státusz alapján ábrázolták. Ekkor az egyre alacsonyabb szocioökonómiai státuszú csoportokban fokozatosan emelkedő mortalitási értékeket mutattak (Black Report, 1980; Marks et al., 2000). Később ezt a jelenséget, más fejlett országokban (pl. USA) is azonosították (Marks et al., 2000).

Mindez azt jelenti, hogy az egyén, vállalat vagy gazdaság egészségtőkéjének elemzésekor nem lehet elegendő pusztán az egészségügyi mutatószámok (ágy-szám, orvosok és nővérek száma, egészségügyi költségvetés) figyelembe vétele. Ruhm elemzése egy amerikai rizikómagatartást vizsgáló kutatásról (BRFSS – Behavioral Risk Factor Surveillance System) azt sugallja, hogy a lakosság egészségi állapotának változása erősen korrelál az életmód változásaival, amely mögött gyakran a gazdasági körülmények változása húzódik meg. Empirikus vizsgálata szerint, amikor gazdasági körülmények *átmenetileg* romlanak, akkor javul a munkavállalók egészségi állapota (Ruhm, 2005). Csökken néhány mortalitási mutató (pl. a szív- és érrendszeri megbetegedésből adódó halálozás), továbbá az egészségkárosító magatartásformákban is javulás figyelhető meg, főként a dohányzás, a túlsúly és az inaktivitás terén. Vagyis *átmeneti* recesszió idején, amikor az amerikai munkavállalók többségének munkaideje csökken, akkor kevesebbet dohányoznak, többet adnak le súlyfeleslegükből és testmozgásra is több időt szánnak. Ez, Ruhm elemzése szerint, azért következik be, mert a szabadidő mennyiségének növekedésével az egészségtermelő aktivitások költsége is csökken. Az egészségmagatartás változása alapvetően két okra vezethető vissza. Egyrészt a munkaórák csökkenésével csökken a munkahelyi stressz is, így kevésbé van szükség olyan egészségkárosító módon stresszcsökkentő módszerekre, mint a dohányzás vagy az italozás. Másrészt a munkaórák csökkenésével kieső jövedelemnek is szerepe lehet.

Ez a jelenség fordítva is kimutatható, az *átmeneti* fellendülések során romlanak a fenti mutatók. Azonban, a fizikai egészség romlása *hosszútávon* nem jár együtt a permanens gazdasági növekedéssel. A jelenség oka, hogy a fogyasztás, az idő-allokáció és a termelési döntések hosszú távon jóval rugalmasabbak, mint rövidtávon (Ruhm, 2005).

Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy bár a testi egészséggel összefüggő egészség-mutatók javulnak átmeneti recessziók idején, a mentális egészség átmeneti és permanens recesszió idején is hanyatlik.

Következtetések

Az egészséggel kapcsolatos fogyasztói döntések fenti felfogása az egészség-gazdaságtani szereplők igényeinek és döntéseinek szélesebb körű leképezését teszi lehetővé.

Az így kitágult elemzési horizont azonban az egészség-gazdaságtani problémakör komplexitását is növelte. Ez mindenképpen a szektorspecifikus, illetve a cselekvési alternatíva - specifikus elemzések szükségességére hívja fel a figyelmet, amelyek azonban az egészség-gazdaságtani elemzések módszertani eszköztárának jelentős bővítése nélkül nem kivitelezhetők.

Felhasznált irodalom:

- Benkő Zsuzsanna és Lippai László (2001): *Teljességigény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen*. In: Új pedagógiai szemle. LI. évf. 2001. május
- Bolin, K., Jacobson, L. és Lindgren, B. (2002): *Employer investments in employee health. Implications for the family as health producer*. In: Journal of Health Economics. 21. 563-583. old.
- Boncz Imre és mtsai (2005): *A lakossági méhnyak-, emlő- és colorectalis szűrővizsgálatok egészség-gazdaságtani vonatkozásai*. In: Gulácsi László (szerk. 2005): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.
- Brandtmüller Ágnes és Lepp-Gazdag Anikó (2005): *Az egészségügyi ellátás mint közgazdasági jószág, és az egészségügyi ellátás piaca*. In: Gulácsi László (szerk. 2005): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest.
- Doctor, J. N. et al (2004): *A new and more robust test of QALYs*. In: Journal of Health Economics 23. 353-367 pp.
- Garai László (1997): *Általános gazdaságpszichológia*. JATEPress. Szeged.

- Grossman, M. (2004): *The demand for health, 30 years later: a very personal retrospective and prospective reflection*. In: Journal of Health Economics. 23. 629-636. old.
- Grossman, M. (1972): *On the concept of health capital and the demand for health*. In Journal of Political Economy. 80. 223-255. old.
- Grossmann, R. – Scala, K. (1993): *Health promotion and organizational development. Developing settings for health*. WHO/EUROPE, IFF. Vienna.
- Inequalities in Health, Midlesex, Penguin (1982). Black Report: http://www.ucel.ac.uk/shield/black_report/Default.html
- Johnson, D, Grayson, K., (2005): *Cognitive and affective trust in service relationships*. Journal of Business Research 58, 500– 507
- Karasek, R. és Theorell, T (1990): *Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books. New York.
- Kopányi Mihály (2000., szerk.): *Mikroökonómia*. KJK KERSZÖV. Budapest.
- Kornai János (1998): *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Leisen, B. és Hyman, M. R. (2004): *Antecedents and consequences of trust in a service provider. The case of primary physicians*. In: Journal of Business Research. 57. szám 990-999. old.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and practice*. Sage Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi.
- Mihályi Péter (2003): *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanában*. Veszprémi Egyetemi Kiadó. Veszprém.
- Naidoo, J. és Wills, J (1999): *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó RT. Budapest.
- Országos Egészségfejlesztési Intézet (é. n.): *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője*. Országos Egészségfejlesztési Intézet. Bp.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). In: *Health Promotion* 1 (4): iii-v.
- Ruhm, C. J. (2005): *Healthy living in hard times*. In: Journal of Health Economics 24. 341–363 old.
- Simon, H. A (1983): *Reason in human affairs*. Stanford University Press. Stanford. 7-35. old.
- Swan, J. E., Bowers, M. R. és Richardson, L. D. (1999): *Customer trust in the salesperson: an integrative review and metaanalysis of empirical literature*. In: Journal of Business Research. 44. szám. 93-107. old.
- Szilágyi Tibor (2003): *Profitaddikció – a nemzetközi dohánycégek megtelepedése Magyarországon*. In: Egészségnevelés. 44. 197-205. old.
- Zoltayné Paprika Zita (2002): *Döntéelmélet*. Alinea Kiadó. Budapest.

A TESTALKAT JELENTŐSÉGE A GAZDASÁGTANBAN⁴⁰

A táplálkozás az emberi élet egyik központi tevékenysége. Ennek megfelelően gazdasági jelentősége is kiemelkedő. A táplálkozásnak azonban nemcsak a különböző élelmiszerek piaca szempontjából van gazdasági jelentősége. A táplálkozási szokások jelentős mértékben befolyásolják testsúlyt, napjainkban tendenciaszerűen inkább az elhízás irányába.

Az egészségügyi rendszer hatékonyságát messzemenően befolyásolja a lakosság életmódja. Ahhoz, hogy az elhízással járó gazdasági problémák érthetőek legyenek, feltétlenül szükséges az egészségügy, a gazdaság és a lakosság életmódja közötti kapcsolat bemutatása.

Jelen tanulmány az elhízással, illetve a testalkati sztereotípiákkal kapcsolatos gazdaságtani következmények rövid áttekintésére vállalkozik. Az egészség-gazdaságtani és a munkaerő-gazdálkodási problémák mellett, az elhízással járó fogyasztói magatartás vizsgálata is gazdaságtani jelentőséggel bír.

Bevezetés

A modern egészségtudományok határozottan elkülönítik egymástól a megromlott egészség helyreállítására szakosodott egészségügyet az egészség megőrzésére, illetve az egészséges életvitel kialakításának támogatására szolgáló egészségfejlesztéstől. A modern egészségügyi intézményrendszer működésének gazdasági szempontú elemzése könyvtárnyi terjedelemre rúg. Viszont az egészség megőrzésével közvetlenül kapcsolatos termékek, szolgáltatások gazdasági háttérmechanizmusainak feltárása igencsak gyermekcipőben jár (Mihályi, 2003). Ennek egyik oka lehet a téma rendkívüli komplexitása is. Napjainkra a testi, lelki és szociális egészség ígéretére, látszatának kialakítására vagy tényleges javítására tökeerős vállalkozások specializálódtak. A szépségipar, a turizmus, a gyógyturizmus, a wellness és a fitness jegyében indult vállalkozások, a sportszergyártó cégek, valamint a vitamin- és ásványianyag kiegészítőket gyártó és forgalmazó gyógyszercégek csak néhány

40 Lippai László (2012): A testalkat jelentősége a gazdaságtanban. In: Hámori Balázs, Vajda Beáta, Tóth László, Derecskei Anita, Prónay Szabolcs (szerk.): *Érzelmek és indulatok a gazdaságban : A gazdasági szereplők viselkedésének sajátosságai a döntésekben és folyamatokban: Tanulmánykötet*. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged. 303-321. Másodközlés a Kiadó Engedélyével.

kiragadott példát jelentenek. Azonban a forgalomba kerülő termékek, szolgáltatások közvetlenül és közvetve is jelentős hatást gyakorolnak életmódunkra, így egészségi állapotunkra is. Kulcsfontosságú lenne tehát az „egészségpiac” a meghatározása, működési valamint szabályozási mechanizmusainak feltárása is.

Testsúlyunkkal kapcsolatos hiedelmeink, attitűdjeink az énképünk és önértékelésünk szempontjából különleges jelentőséggel bírnak. Az orvosi értelemben egészségesnek tekintett testmagasság / testsúly / testzsírszázalék arány nagymértékben eltérhet a kulturálisan meghatározott ideáltól. A testideál történelmi koronként, életkoronként valamint nemenként is nagyfokú változatosságot mutat. Az egyén viszont a szociális közegében meghatározó testideált normának tekinti, ahhoz több-kevesebb sikerrel igazodni próbál.

A külső gazdasági hatások fogalma alkalmas eszközt kínál arra, hogy egy gazdasági szituáció egészséggel kapcsolatos hatásait modellezni tudjuk. A fogyasztási externália esetében, mikor is a fogyasztóra közvetlenül hat egy másik szereplő termelése vagy fogyasztása, a helyzet egyértelmű: a két szereplő közötti elkerülhetetlen interakciónak jelentős hatása van a fogyasztó testi, lelki vagy szociális jólétére. Ez azonban nem piaci adásvétel tárgya, vagy legalábbis nem magától értetődően az.

Hasonlóképpen, a termelési externália esetében, egy vállalat termelési lehetőségeit is messzemenően befolyásolhatja egy másik termelő vagy fogyasztó döntése. A dohányzás egészségkárosító hatásának ellensúlyozásáért indult kártérítési perek sikerén felbuzdulva már indult próbaper gyorséttermi láncok ellen is, a fő termék hizlaló hatása miatt. A dohányzás

Egészség-gazdaságtani alapok: az egészségügyi rendszer hatékonyságának és a lakosság életmódjának kényes kapcsolata

Kornai János (1998) sokszor idézett, az egészségügy reformjáról szóló meghatározó műve sok szempontból támpontot, illetve kapcsolódási pontot kínál az egészség piacának definiálásához is. A továbbiakban azt elemzem, hogy azokat az axiómákat, amelyeket Kornai a magyar egészségügy működésének elemzésére felállított, milyen mértékben lehet az egészség piacának meghatározásához felhasználni.

Az egészségügy társadalmi alrendszere, bármennyire furcsán hangzik is, viszonylag hálás terepe a közgazdaságtani elemzéseknek. Zárt intézményrendszeréről van szó, amelyben a folyamatok inputja és outputja jól azonosítható, és több-kevesebb sikerrel számszerűsíthető is. Alkalmas terepévé válhat a kvantifikáló, absztrakt

közgazdaságtani gondolkodásnak. Így a neoklasszikus közgazdaságtani eszköztár többsége, megszorításokkal ugyan, de használható.

Az egészségügyi közgazdaságtan nehézségei azonban ezeknél a megszorításoknál kezdődnek. A neoklasszikus eszköztár alkalmazhatóságát leginkább az egészség fogalmának komplexitása korlátozza. Az egészségre, mint termékre nem értelmezhető például a gazdasági totálkár fogalma. Az egészség gazdasági értékének meghatározása során így a piaci ár nem szolgálhat olyan támpontként, mint más piacok esetében. Az egészség, mint érték a társadalmi esélyegyenlőség egyik dimenziójaként is jelen van a modern társadalmakban, ami az állami szerepvállalást hangsúlyosabbá, a gazdasági racionalitás teljes jogú érvényesítését viszont lehetetlenné teszi.

Kornai János az egészségügyi rendszer logikáját egy axiomatikus rendszerben képezi le, amelyben az etikai alapelvek, társadalmi értékek éppúgy szerepet kapnak, mint a gazdasági racionalitás.

Elsőként az *egyéni szuverenitás* elvét fejti ki. Posztulátuma szerint a demokratikus társadalmakban elsősorban az egyén felelős a saját életéért. Nem szabadna rákényszerülnie arra, hogy egyéb választási lehetőségek híján, egy bürokratikus állami gépezettől várjon a segítséget szorultabb élethelyzeteiben. Az egyéni szuverenitást, kezdeményezőkézséget a posztszocialista országok többségében még ma is leginkább az korlátozza, hogy az állami bürokrácia túl sok erőforrás felett rendelkezik. Ez eleve kizárja a választás lehetőségét, amely viszont mindenfajta, gazdasági értelemben vett verseny alapját képezi. Ezért az egyéni szuverenitás elvének érvényesítését a gazdasági racionalitás és a demokratikus értékek mentén is fontosnak tartja Kornai az egészségügy területén.

Az egyéni szuverenitás érvényesítése, a választási lehetőség biztosítása azonban nem kezdődhet csak az egészségügyben akkor, ha az egyén egészségéről van szó. Az egészségesélyek egyenlősége nem merülhet ki abban, hogy mindenki egyforma eséllyel juthat be az egészségügyi ellátó rendszerbe (bár ez sem lenne kis teljesítmény!). A hosszú távon tartósan egészséget biztosító életmód kialakítására kellene mindenkinek esélyt biztosítani. Egy modern demokráciában azonban ezt sem lehet senkire rákényszeríteni (vö. „egészségfasizmus”, „health fascism” jelensége), viszont az egészséget életmódot, mint elérhető választási lehetőséget, minden állampolgár számára biztosítani kell (WHO, Health for All).

Kornai művében a második elv a *szolidaritás*: a társadalmi redisztribúcióban a szenvedők segítségének érvényesítése. Ez is szorosan összefügg az egészség fogalmával: Garai művében (Garai, 1997) a méltóság az emberhez még méltó lét minimumát jelenti. Az adott társadalom által létminimumként definiált életszínvonalban

az egészséges életvitel lehetőségének is benne kellene lennie, és a társadalmi morál szintjén benne is van.

Az egészségügyi közgazdaságtan egyik kulcskérdése az egészségügyi rendszer *hatékonyságra ösztönzése*. Egészségfejlesztési szempontból a tényleges feladat az, hogy miként lehet az emberekben az egészségügyi szolgáltatások hatékony igénybevételenek szokását kialakítani. Ha az állampolgárok tudatosabban élik meg saját egészségi állapotukat, akkor biztosabban tesznek különbséget az egészség és a betegség között, a határeseti problémák esetében nagyobb felelősséget vállalnak és tudatosabban törekednek egészségük helyreállítására. Továbbá, csak végképp indokolt esetben veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Ha viszont igénybe veszik, akkor a legteljesebb mértékben együttműködnek az egészségügyi személyzettel. Ez a magatartás lényegesen befolyásolja az egészségügyi rendszer keresleti oldalát. A kínálati oldalról viszont gyakran nem veszik figyelembe, hogy az egészségügyi intézmény maga is egy veszélyes munkahely. E munkahely hatékonyságát növelheti az is, ha a munkahelyi egészségfejlesztés szempontjai a kórházakban is megjelennek (WHO – Egészséges kórházak projekt). Kínálati oldalról, orvosi és közgazdaságtani megfontolások alapján a legnagyobb dilemmát az jelenti, hogy vagy az orvosi szempontok érvényesülnek – ekkor az orvosi ellátás költségei korlátlanul elszabadulhatnak – vagy pedig a gazdasági racionalitás szempontjai érvényesülnek, ami viszont az egészségügyi ellátás színvonalát ronthatja. Ebből a csapdából jelenthet kiutat az egészség-invesztíció, ami egyrészt csökkenti az egészségügyi rendszerre nehezedő keresleti nyomást, másrészt az egy ellátottra jutó fajlagos költségkeret növekedésével javíthatja az ellátás színvonalát. Más szóval, az egészségügyi rendszer finanszírozási paradoxonát az adja, hogy az egészségügyi intézményrendszer költséghatékonyságát a rendszeren kívüli tényezők optimalizálásával lehet a leghatékonyabban elérni.

Mindez *új feladatokat ró a jóléti szektorért felelősséget vállaló államra*. A paternalisztikus, választási lehetőséget nem biztosító monopólium helyett az állam a fair piaci verseny biztosítékává kell váljon: a törvényi szabályozás kialakítása és érvényesítése révén, a felügyeleti funkciójának hathatós érvényesítése révén. Ugyanakkor, miután az egészség-esélyegyenlőség továbbra is állami felelősség (ha nem is közvetlenül állami feladat!), ezért az állam vésztartalék, végső biztosíték szerepkörének továbbra is meg kell maradnia. Sajnálatos módon a programorientált Nemzeti Népegészségügyi programban ez kevésbé érvényesül.

Az egészségügyi rendszer *átláthatósága* szintén kulcskérdés. Kornai szerint világossá kell tenni a kapcsolatot az adófizetés és a jóléti szolgáltatások finanszírozása között. Erre szolgálhat a betegnek kiállított számla az egészségügyi szolgáltatás

bekerülési költségeiről. Továbbá, a járulékfizető állampolgárok szorosabb, informatikailag támogatott nyilvántartása is egyértelművé teheti a betegek számára is, hogy az egészségügy nem ingyenes, hanem a havonta fizetett egészségügyi járulékkal, egyfajta biztosításként, ő maga is folyamatosan finanszírozza. Az átláthatóság kialakítására azonban makrotársadalmi szinten is szükség van: akár úgy, hogy a gyakorlati egészségügyi reformintézkedéseket nyílt és jól informált vita kíséresse, akár úgy, hogy pártok nyíltan, konkrét programok formájában köteleződjének el programok mellett.

A participációs elv erősítése az egészségfejlesztésben is fontos szempont. Az egészségfejlesztő projektek megvalósításának egyik legfontosabb tapasztalata az, hogy szervezeti szintű beavatkozásokat nem lehet a szervezet tagjainak partícipatív bevonása nélkül sikeresen végrehajtani.

Az *időigényesség* az egészségügyi reform és az egészségfejlesztés meghatározó jellemzője. Egyrészt, az új tulajdonformák, szervezetek, versenyszituációk kialakításához idő és meghatározó állami szerepvállalás kell. Másrészt, ezek a reformok, új törekvések hosszú távon fejtik ki hatásukat, ezért parlamenti ciklusokon átívelő, társadalmi konszenzust tükröző reformprogramokra van szükség a beteg ellátásának javításában éppúgy, mint az egészséges emberek kondícióinak fejlesztésében.

Gazdasági szempontból azonban az is fontos, hogy lesz-e fedezet az egészségügyi reformok finanszírozására. Kornai álláspontja az, hogy a gazdaság tartós növekedése teremtheti meg a finansziális alapját a jóléti szektor működtetésének: éppen ezért *harmonikus növekedésre* van szükség ezen a téren is. Eléggé radikális nézőpontokat eredményez az, ha csak a gazdasági növekedés szerepét hangsúlyozzuk, de az sem vezet reális képhez, ha a jóléti szektor nyakló nélküli finanszírozása a cél.

Ebből a szempontból az egészségfejlesztés szerepe speciális. Az egészségüggyel kapcsolatos kiadásokat leginkább költségként tartjuk számon, a humán tőke egyfajta karbantartási költségeként. Ugyanakkor, az egészség megőrzése és az egészségfejlesztés inkább beruházásként tartható számon.

A gazdaság és a jóléti szektor harmonikus fejlődésének elvárásából fakad a *fenntartható finanszírozás* igénye. A demográfiai tendenciák következtében a jóléti állam terhei folyamatosan, mértani haladvány szerint növekednek, ugyanakkor a lassabb ütemben gyarapodó, szűkös társadalmi erőforrásokkal továbbra is gazdálkodni kell.

Az egészség különleges termék. Közgazdasági elemzők feltételezik, hogy a fogyasztói döntések során az egészségnek különleges helye van a preferenciasorban, ami betegség esetén jelentősen át is strukturálódhat (Kornai, 1998). Ugyanakkor

az egészségnek nincs piaci értéke: nem igazában fejezhető ki pénzben az egészség vagy néhány további életév értéke, így az elveszített egészséget kompenzáló kárpótlás mértéke sem.

Az egészség speciális fontossága miatt erős társadalmi igény van arra, hogy mindenki egyforma eséllyel élhessen egészséges életet, ami legszembetűnőbben az egészséghez kapcsolódó szolgáltatások *egyenlő hozzáférése*nek igényében nyilvánul meg. A hozzáférés mértéke részét képezi egyfajta társadalmi létminimumnak, az emberhez még méltó társadalmi lét egyik összetevője (Garai, 1997).

Az egészséghez kapcsolódó szolgáltatások jellegéből fakadóan elkerülhetetlenül fellép az *információs aszimmetria*. Ez minden olyan piacra jellemző folyamat, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többlettudás halmozódik fel a tranzakció tárgyáról, vagyis például az adott betegség gyógyításáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a káros mellékhatások valószínűségéről. A keresleti oldal a betegekől és a biztosítótársaságokból tevődik össze.

A *beteg kiszolgáltatottsága* tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett: a tudástöbbletből, amely részben az aszimmetrikus információkból fakad; a nagyobb döntési lehetőségéből; ugyanakkor a beteg szuverenitása viszont sérül, gyakran nincs döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet. A csökkentésre a törvényi szabályozás, az orvosi kultúra, az etikus hozzáállás és az anyagi ösztönzés adhat módot. A beteg kiszolgáltatottságát tovább erősíti az egészségügyi szolgáltatók *monopolhelyezete*, amelyet gyakran a célszerű szervezéssel indokolnak a rendszer alakítói. Az orvosi kamarák és gyakran a biztosítótársaságok is a monopolhelyzet fenntartásában érdekeltek (Kornai, 1998).

Az egészségpiac esetében a vevő kiszolgáltatottsága szintén kimutatható, hiszen az adott termék, szolgáltatás hatása rajta jelentkezik, így a kockázat mértéke is nagyobb. Az információs aszimmetria pedig legalább olyan mértékű, ha nem nagyobb, mint az egészségügyi szolgáltatások esetében.

Jelentős különbséget lehet felfedezni az erkölcsi kockázat és a piaci szelekció kérdésében. Az egészségügyi biztosításokban, és ez alól tulajdonképpen a társadalombiztosítás sem kivétel, fokozattan érvényesül az erkölcsi kockázat (moral hazard): vagyis minél jobban fedezi a biztosítás a kárt, annál gyengébb a biztosított ösztönzése a kár megelőzésére. A beteg kevésbé érdekelt egészségének megőrzésében, az egészséges életmód kialakításában, a szűrővizsgálatokban való részvételre, miután az ellátás „ingyenes”. Ez az egészségügyi szolgáltatások túlhasználására

csábítja. Ugyanakkor az orvosok sem érdekeltek az egészségügyi szolgáltatások költségeinek korlátozásában.

Az egalitarizmus miatt az egészségügy terén a társadalom morális szempontból igen érzékeny az amúgy elkerülhetetlen *piaci szelekcióra*. Törvényszerű, hogy minden gazdasági mechanizmus valamilyen módon szelektál a potenciális fogyasztók között. Ugyanakkor éppen az egészség különleges értéke miatt az egészségügyi szolgáltatásokban ez a fajta szelekció nem tolerálható.

A WHO definíciója szerint az egészség nem pusztán a betegség hiányát, hanem a testi, lelki és szociális *jól-lét* (well-being) állapotát jelenti. Az egészség fogalmának meghatározását nehezíti a viszonylagossága, ezért tágabb értelemben egészségnek az tekinthető, akinek testi és lelki működése – életkorát és nemét figyelembe véve – összhangban van az őt körülvevő társadalom elvárásaival (Mihályi, 2003). Ez a komplex egészségfogalom is jelzi már, hogy az egészség megteremtését és fejlesztését nem lehet pusztán az egészségügy feladataként számon tartani. Ennél komplexebb társadalmi kérdésről van szó.

A modern társadalmak dinamikája a következő társadalmi alrendszerek különbségeivel írható le: gazdaság, politika és közigazgatás, tudomány, oktatás, vallás, egészségügy és a család. A modern társadalmak funkcionális szempontból differenciáltak; minden egyes alrendszer kielégít bizonyos szükségleteket más alrendszerek felé (Grossmann és Scala, 1993). Egy társadalmi alrendszer minden külső hatást a saját nézőpontjából értékeli. A gazdaság társadalmi alrendszere például csak akkor veszi figyelembe az egészséggel és a környezetvédelemmel kapcsolatos társadalmi párbeszédet, ha az hatással van a sikeres üzletmenet folyamataira és logikájára. Éppen ezért, ha a beteg munkások növekvő száma vagy a fogyasztók számának csökkenése kedvezőtlen gazdasági kilátásokhoz vezet, akkor erre rendkívül érzékenyen fog reagálni. A társadalmi alrendszer reakciója azonban gazdasági logikát követ, ehhez nem feltétlenül szükséges a külvilág értékeit magáévá tennie (Grossmann és Scala, 1993).

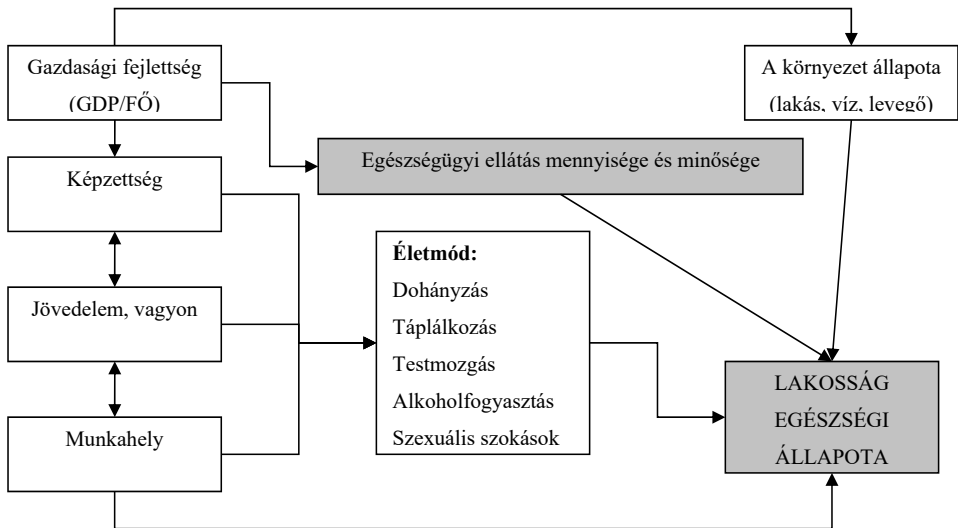
A modern társadalmak egészségügyi rendszere főként a betegségre fókuszál. Az egészségügyi rendszer elsődleges célja a gyógyítás, vagyis az egészségi állapot helyreállítása vagy stabilizálása. Alapjában véve a szakképzett alkalmazottakkal gyógyító munkát végző intézmények alkotják ezt a rendszert, de ide tartozik az otthonápolás, a természetgyógyászat, a közegészségügy és a balesetvédelem, balesetmegelőzés is. Ebből a teljesség igénye nélkül megszületett felsorolásból is látszik, hogy egy rendkívül sokszínű területről van szó. Ez a rendszer integrálódik be egy nagyon komoly súllyal rendelkező egészség-szektorba. Az egészség-szektorba az egészségügyi rendszeren kívül beletartozik a: gyógyszergyártás, a gyógyszer

nagykereskedelem, az orvosi berendezések és műszerek gyártása, a tág értelemben vett gyógyászati segédeszközök gyártása és forgalmazása, a keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi és biztosítói támogatások is. A gondok valahol ott kezdődnek, hogy „az alapjában véve nem piaci egészségügyi rendszer egy piaci elven működő egészség-szektorba van beágyazva” (Mihályi, 2003. 22. old.).

Az egészségügyi rendszer gazdasági kérdései a neoklasszikus közgazdaságtan eszközeivel jól leírhatóak. A ráfordítások és az eredmények jól elhatárolhatóak egymástól. A ráfordítások indikátoraként az orvosok létszámát, az ápolók állományát és a kórházi ágyak számát szokták alkalmazni. Az egészségügyi rendszer teljesítményét pedig az orvos-beteg találkozások és a kórházban töltött napok számával, valamint az elfogyasztott gyógyszerek mennyiségével szokták mérni. Ugyanakkor az is igaz, hogy a közgazdaságtani törvényszerűségek sajátos módon működnek az egészségügyi rendszerben. Könyvtárnyi irodalom foglalkozik azzal, hogy a fogyasztói szuverenitás csorbulása, az információs aszimmetria, a monopoli helyzetek, az egészségügyi szolgáltatások árképzésének sajátosságai, valamint más jellemzők mentén miben tér el az egészségügy más, gazdasági és piaci helyzettől. Ez nehéz terület, de többé – kevésbé azért még kezelhető a modern közgazdaságtan eszközeivel.

A probléma ott kezdődik, hogy a XX. század második felére világossá vált, hogy az egészségügyre is jellemző a csökkenő hozadék törvénye. Vagyis, az orvostudomány fejlettségi szintjét és az adott társadalomban általánossá vált életmódot adottnak véve az inputok (orvos létszám, ápolói létszám, kórházi ágy) bővítésének határhaszna meglehetősen kicsi (Mihályi, 2003). A nehézségeket tetézi, ha a politikai és gazdasági döntéshozók, egészségügyi szakemberek az egészséget azonosítják az egészségügyi rendszerrel. A veszélyt súlyosbítja, hogy az egészségügyi rendszerrel ellentétben az egészség nehezebben érhető tetten neoklasszikus közgazdaságtani eszközökkel.

1. ábra: Az egészségügy helye a társadalmi viszonyok rendszerében



Forrás: Mihályi, 2003. 87. old.

Kornai hivatkozik egy 1993-as világbanki elemzésre, amely a várható élettartam és az egészségügyi kiadások valós adatainak eltérését ábrázolja a GDP és az iskolázottság alapján becsült értékektől. Megdöbbentő, hogy Kína a becsülnél 1%-al kevesebb egészségügyi kiadással is 10 évvel a becsült várható élettartam felett teljesített, míg az Egyesült Államok a becsülnél 5%-al több egészségügyi kiadással is 5 évvel alulmúlta a várható élettartam becsült értékét. Nem ismerek ezzel foglalkozó kvantitatív forrásmunkát, de valószínű, hogy a két ország egészségügyének eltérő költséghatékonyságában a két ország lakosságának eltérő életmódja is döntő szerepet játszhat. Csak egy adat: 2004-re az amerikai felnőttek körében az orvosi értelemben elhízottak száma 29% fölé emelkedett (Chou, 2004). Ebből adódóan lehet, hogy érdemes lenne egy olyan mutatószámot kifejleszteni, amely az országok lakosságának egészségtelen életmódjából fakadó egészségügyi többletterhelést teszi összehasonlíthatóvá. Talán a fenti példa is érzékelteti, hogy a várható élettartam sajnos erre nem alkalmas.

A táplálkozás, a testsúly és a gazdaság kapcsolata

A táplálkozás kiemelt szerepet tölt be az ember életében, hiszen a bölcsőtől a sírig a legjelentősebb társas és kellemes tevékenységek többsége az evés és ivás élménye köré összpontosul. Több, mint pusztán biológiai szükségletkielégítés, gazdag szimbolikus, morális és kulturális jelentése van.

Evolúciós perspektívából szemlélve a *Homo sapiens* 100-130.000 éves faj, életmódjának meghatározó elemei azonban a legalább 2,5 millió éves *Homo habilis*-ig visszavezethetők. Így kijelenthető, hogy a *Homo Sapiens* létezésének döntő hányadában vadászó- gyűjtögető életmódot folytatott. Azután kb. 10.000 évvel ezelőtt egy *agrikulturális forradalom* kezdődött. Ehhez a sarki jég visszahúzódása, illetve viszonylagos klimatikus stabilitás kellett.

Biológiai szempontból kijelenthető, hogy a mai ember még nem alkalmazkodott az azóta bekövetkezett változásokhoz. Táplálkozási szempontból is még mindig a 2,4 millió évvel ezelőtti ökológiai *niché*-hez kellene alkalmazkodnia. Ma az emberi népesség túlnyomórészt városokban, falvakban él, és az ezzel járó társadalmi létforma az egészségünk szempontjából az optimális szint alatt van. („vadászó- gyűjtögető”- hipotézis).

Táplálkozásunk evolúciós gyökereinek feltárásában a nomád néptörzsek vizsgálata sokat segíthet. Ezekből a kutatásokból tudjuk, hogy például a busmanok 2 órát, az ausztrál őslakosok 4,5 órát töltenek ételgyűjtéssel. Az elfogyasztott ételeik 75%-a növényi, 25%-a pedig állati eredetű (Marks et al, 2000).

A természetes ökoszisztéma összetételben is másféle táplálékot nyújt. A közhi-elelemmel ellentétben a kutatók arra következtetnek, hogy a táplálék sokféle és bőséges volt. Az észak-amerikai indiánok például növények százait fogyasztották, Afrikában pedig több, mint 13.000 féle ehető rovar van. Emellett az afrikai őslakosok 19-féle nagyobb földi állatot, 76-féle madarat, 37-féle halat, 39-féle rákot és 82-féle növényt fogyasztottak. Ez a táplálkozás ásványi anyagban és energiatartalomban is gazdagnak tekinthető (Fieldhouse, 1996).

A mezőgazdasági forradalom kb. 10.000 éve kezdődött a Közel-Kelet folyódeltái és termékeny völgyei mentén. Megjelent a termelt búza, árpa és más gabonafélék; domesztikált állatok: bárány és kecske; megjelent a vagyon és a földtulajdon. A népsűrűség drámaian megnőtt, a táplálkozás kevésbé változatos, ugyanakkor kiegyensúlyozottabb lett. Ennek következtében a hiányos táplálkozás, az anémia és az osteoporózis esélye nőtt, és csökkent a napi tevékenység energiaszintje. A falusi és városi életmód terjedésével nőtt a belfertőzések és a légzőszervi megbetegedések, valamint a járványok veszélye (Marks et al, 2000).

Napjainkban a közegészségügyi helyzet javulása mellett számos problémával is szembe kell néznünk. A technikai fejlődés hozzájárul a munkakímélő eszközök terjedéséhez, és a munka hatékonyságának javításához, de egészségünkre gyakorolt hatása nem mindig pozitív. A gyorsuló ütemű fejlődés következtében hosszabb a munkaidő, nagyobb a stressz, és a munkakímélő eszközök terjedése következtében kisebb a napi energiafelhasználás vadászó-gyűjtögető őseink idejéhez képest (Marks et al, 2000).

A készételek és a félkész ételek terjedése, a szabadidő csökkenése az ételkészítést a konyhából az élelmiszeriparba helyezi át. A nagyrészt még ismeretlen hatású, genetikailag manipulált élelmiszerek egyre nagyobb teret kapnak, főként az Egyesült Államokban.

A kultúránkban meghatározó étkezési szokásokat az élet korai szakaszában sajátítjuk el, hosszú távú és ellenáll a változásnak. A gyermekkori gyakorlat képezi az alapját a teljes élettartam során meghatározó táplálkozási szokásoknak. Az étkezési és ivási szokások a gyermekkori családi szocializáció központi elemét adják. Fontos kiemelni, hogy a családi dinamikának nagy szerepe van még a serdülők ételválasztásában is. erre utal például az anorexia nervosa kialakulásának mechanizmusa is (Marks et al., 2000).

Rozin „családi paradoxon” hipotézise szerint a középső adoleszcenciára kialakult ételpreferencia marad meg felnőttkorra is, különösen a snack-, az édesség- és a zöldség-gyümölcs fogyasztás tekintetében (Rozin, 1996).

Az ételekkel kapcsolatos nyilvános viták legtöbbször tudományos eredmények alapján robbannak ki. Gyakran ezeket az eredményeket nem könnyű interpretálni. Sokszor fordul elő az, hogy végeredményben pánikhoz vagy a hivatalok tekintélyvesztéséhez vagy más negatív következményekhez vezet (GM- ételek, adalékanyagok).

Testalkat és testalkati sztereotípia

A testalkat és a személyiség összefüggésének gondolata hosszú múltra tekint vissza. A nyugati kultúrkörben számos utalás található arra, hogy embertársaink megítélésében többé-kevésbé nyíltan, de szerepet játszik testalkatuk is.

*Tedd, hogy kövér nép foglaljon körül,
 És síkfejű s kik éjjel alszanak.
 E Cassius ott sovány, éhes színű;
 Sokat tünődik s ily ember veszélyes.
 (Shakespeare: Julius Caesar)*

A testalkat és a személyiség közti valós, biológiai kapcsolat napjaink személyiséglélektani kutatásai alapján nem igazolható (Carver és Scheier, 1998). Egy ilyen összefüggés a személyiségvonások kialakulásában az öröklött tényezők szerepét hangsúlyosan helyezné előtérbe. A személyiségpszichológusok nem vonják kétségbe azt, hogy a társadalmi környezettel kölcsönhatásban a biológiai, öröklött tényezők is befolyásolják személyiségvonásainkat. Az öröklődés dominánsan meghatározó szerepét azonban csak néhány személyiségvonás esetében sikerült igazolni. Speciális módszertani eszközökkel végzett kutatások során az aktivitási szint, a szociabilitás és a frusztrációra adott érzelmi reakciók esetében sikerült kimutatni, hogy a születéstől kezdve jól azonosítható viselkedésmintákban jelennek meg, kora gyermekkorban nem változnak a tapasztalat hatására és csupán viszonylag idősebb korban módosulhatnak a tapasztalat hatására (Buss és Plomin, 1984).

Személyiségvonásaink többsége kapcsán tehát még a biológiai meghatározottság döntő jellege sem igazolható, nemhogy az, hogy a személyiségvonásainkat kódoló gének bármilyen formában is kapcsolódva öröklődnének a testalkatot meghatározó génekkel. Így a testalkat és a személyiség közti kapcsolatra, amennyiben van ilyen, más, szocializációs magyarázatot kell keresnünk.

William Sheldon 1942-ben a fenti témakörben kezdett nagy vitát kiváltó kutatássorozatot. Ennek keretében kidolgozott egy olyan tipológiát, mely testalkati és lelki alkati típusok leírására volt alkalmas. Vizsgálatának célja az volt, hogy korának méréstechnikai színvonalán kifinomultnak számító módszerekkel igazolja a testalkat és a pszichés alkat (temperamentum) korrelációját. A két változó között igen magas korrelációt talált, melyet későbbi vizsgálatok is megerősítettek (Carver és Scheier, 1998).

Ma már a személyiségpszichológusok nem látják igazolhatónak, hogy a több ezer személyiségvonás kölcsönhatásából kialakuló komplex emberi személyiséget jelentős információvesztés nélkül kategorizálni lehetne három elnagyolt, esetlegesen meghatározott „temperamentum” mentén. A testalkat és a temperamentum szoros kapcsolatát mutató, meggyőző eredmények viszont arra utalnak, hogy Sheldon rábukkant valamire. Sheldon kutatási témáját, mai ismereteink alapján, a testalkat és a személyiség kapcsolatára vonatkozó *laikus elvárások* feltárására tett

első, tudományos igényű kísérletnek tekinthetjük (Carver és Scheier, 1998). A fenti jellegű laikus elvárások kialakulása mögött viszont a szociálpszichológiából ismert sztereotípiák húzódnak meg leginkább.

A sztereotípiák a társadalmi kategorizáció eredményeként alakulhatnak ki. Az a világ, melyben mindennapjainkat éljük, folyamatosan olyan mennyiségű információval áraszt el bennünket, melynek tökéletes feldolgozására – észlelésére – az emberi idegrendszer kapacitása nem elegendő. Ezért az érzékszerveink révén fel-fogott információözönt az észlelés során, bizonyos egyszerűsítő, szűrő illetve torzító folyamatok révén mérsékeljük. Az észlelés egyszerűsítésének egyik formája a kategorizáció, melynek során a világ általunk észlelt bizonyos elemeit valamilyen jelentésteli struktúra alapján együvé soroljuk (Hewstone et al., 1999). A „kutya” kategóriája például alkalmas arra, hogy a lehető legváltozatosabb méretű, színű, alakú és súlyú élőlények azonosítását lehetővé tegye. Jelentésteli attól lesz, hogy a „kutya” kategóriájához számunkra fontos attribútumokat tudunk társítani (pl. „harap”), így időben fel tudunk készülni az éppen szükséges viselkedésminták mozgósítására.

A szociális megismerés során is, hasonló okokból, szociális kategóriákba sorolhatjuk be az embereket. A társadalmi kategorizáció alapja a társas csoport, amelybe *a társas szempontból jelentéssel bíró közös jellemzőkkel* rendelkező embereket soroljuk be. Ilyen jellemző lehet a nem, az életkor, az etnikai hovatartozás, a foglalkozás, de adott esetben a testalkat is (Smith és Mackie, 2004). Társadalmi kategorizációról akkor beszélhetünk, ha egy ember megismerése során megelégszünk azzal, hogy egy társas csoport tagjaként tekintsünk rá, és eltekintünk attól, hogy őt mint megismételhetetlen egyént megismerjük. Ez sokszor hasznos, mert megkönnyíti számunkra, hogy adott esetben számunkra idegen emberekkel is hatékonyan tudjunk interakcióba lépni. Ugyanakkor a társadalmi kategorizáció teszi lehetővé a diszkrimináció, az előítélet megjelenését is (Smith és Mackie, 2004).

A sztereotípia az adott társadalmi kategória „tipikus” képviselőjének tulajdonított jellegzetességeket foglalja magában. Van egy jól meghatározható, konszenzusos „kép” arról, hogy egy „üzletembernek” milyen öltözte van és mi a jellegzetes tevékenysége. De ehhez a képhez burkolt személyiségelméleteket is társítunk: milyen személyiségvonásokkal rendelkezik, hogyan viselkedik másokkal és érzéseket vált ki a többiekől.

Az, hogy mire milyen sztereotípia alapján gondolunk, messzemenően függ attól, hogy az éppen aktuális szituáció milyen szociális kategorizációt indított el. Egy adott emberhez másként fogunk viszonyulni, ha a „roma” sztereotípia aktivizálódott bennünk vele kapcsolatban, ahhoz képest, ha „közgazdászként” gondolunk

rá. És a „roma közgazdász” is azt fogja tapasztalni, hogy attól függően, hogy valaki „romának” vagy „közgazdásznak” tekinti, másként fog hozzá viszonyulni, eltérő stílusú kommunikációt folytat vele stb.

A testalkattal kapcsolatos sztereotípiákról a pszichológia is nagyon keveset tud. A már említett Sheldon, aki 1942-ben a lelki alkat és a testalkat viszonyát vizsgálta, az alábbi tipológiát alakította ki:

- a) szomatotípus (testalkati): az embrionális csíralemezek alapján állapít meg endomorf (kövér), mezomorf (izmos) és ektomorf (sovány) kategóriákat. Egy embert azzal lehet jellemezni, hogy a három típus milyen mértékben van jelen.
- b) temperamentum (pszichés alkat): viszcerotónia : nyugalom, türelem, szociabilitás, kiegyensúlyozottság; szomatotónia: bátorság, energikusság, kockázat keresése, aktivitás keresése, cerebrotónia: fizikai és érzelmi visszafogottság, titkolódzás, saját világba való visszavonulás (Carver és Scheier, 1998).

Noha Sheldon, eredeti hipotézisét – miszerint a testalkat és a lelki alkat között jelentős korreláció van – módszertani megalapozottság hiányában nem tudta igazolni, a fenti elmélet a testalkatokkal kapcsolatos sztereotípiákra kiváló eligazítást ad.

Érdekes módon, ahogy a későbbiekben látható, a testalkati sztereotípiák munkaerőpiaci jelentőségét gazdaságtani kutatások is igazolták.

Az obesitas és közgazdaságtani vonatkozásai

Az obesitas, a túlsúlyosság kiemelt fontosságú „jóléti betegség”. Az 1990-es évek végén az USA-ban minden 5-ik személy túlsúlyos. Ez a 30 évvel ezelőtti állapot megduplázódását jelenti. Európában a lakosság 11% alacsony súlyú, 48% normál súlyú, 31 % túlsúlyos és 10% obesitasban szenvedett 1997-ben. A túlsúlyosság szoros kapcsolatban van a társadalmi osztállyal is. Az alacsonyabb társadalmi osztályokban a férfiak esetében 50%-al, a nők esetében pedig 100%-al nagyobb az elhízottak aránya, mint a felsőbb társadalmi osztályokban (European Commission, 1999).

A túlsúlyosság kialakulásának okai változatosak. Az emberek a fizikai mozgás tekintetében kevésbé aktívak, mint korábban. A férfiak esetében 10-ből 7, a nők esetében 10-ből 8 személy nem végzett elég testedzést ahhoz, hogy egészséges maradjon, holott a 80%-uk egészségesnek gondolta magát. A jövedelem is fontos tényező, mivel erős kapcsolatban van a táplálkozás minőségével, alacsony bevételű

háztartásokban az étel gyakran tartalék, amiből kispórolják az alkohol, a dohányzás és a kifizetendő számlák árát (European Commission, 1999).

Az utóbbi néhány évtizedben a „kövérség” és a „soványság” dominálja a táplálkozással kapcsolatos beszélgetéseket. A fogyókúrázók többségénél a probléma az, hogy ő érzi magát túlsúlyosnak, nem pedig az, hogy ténylegesen elhízott volna. A „fogyókúraipar” viszont nem tesz ténylegesen különbséget a kettő között. A nők 55%-a akart magának soványabb testet egy európai felmérés során, és csak 37%-a választotta azt a testalkatot ideálisnak, ahová magát is sorolta. Az ideális és a valós kép közötti különbség jelentősebb volt a nőknél. A népesség 1%-a volt túl sovány és mégis fogyni próbált. A soványan is fogyni kívánók 90%-a nő volt: 15-24 év között 53%; 25-34 év között 24%; középisk. végzett 53%; felsőfokú 40% (European Commission, 1999).

Egger és Swinborn szerint a test zsírállományának egyensúlya három tényezőtől alakul ki: biológiai, viselkedéses és környezeti tényezőkből. Az ökológiai megközelítés szerint a kövérség nem betegség, hanem természetes következménye egy olyan környezetben létezésnek, mely kövérséget produkál. A mai társadalom túl magasán generálja a zsírbevitel egyensúlyi szintjét az általános aktivitási szinthez képest.

Externáliának hívjuk a piacon kompenzálatlan, pozitív vagy negatív gazdasági hatást, amely befolyásolja egy termék értékét vagy egy harmadik személy jólétét. Az elkövetkező néhány példa azt szemlélteti, hogy a testsúllynak, illetve a testsúllyal kapcsolatos sztereotípiáknak milyen külső gazdasági hatásai lehetnek.

A gazdasági célzatú tömegkommunikációban, például a marketingben a testsúllyal kapcsolatos sztereotípiák jól bevált eszköznek számítanak. Ugyanakkor viszonylag kevéssé foglalkoznak azzal, hogy a reklám hatékonyságán túl a nézők önértékelésére, hangulatára milyen módon hatnak ezek a hirdetések. Ezt a negatív externáliát próbálta meg Birkeland kísérleti körülmények között reprodukálni (Birkeland et al., 2005). Ebben a vizsgálatban 138 főiskolai hallgató nő saját testképével kapcsolatos attitűdöket és hangulatát követték nyomon egy szépségápolási terméket propagáló hirdetés megtekintése után. Az egyik kísérleti változó az volt, hogy a terméket népszerűsíti-e egy vonzó divatmodell vagy nem. Különböző vizsgálati módszerekkel kimutatták, hogy a hallgató nők esetében a vonzó divatmodell megtekintése csökkenti a saját testükkel kapcsolatos elégedettséget, valamint negatív hangulatot kelt. Ugyanez a hatás magának a szépségápolási terméknek az exponálása után nem volt kimutatható.

Ugyanakkor az elhízás különböző krónikus megbetegedések nagyobb arányával társul: a túlsúlyos emberek egészségügyi ellátása többbe kerül. Amerikai becslések

szerint az életciklusra számított orvosi költségek a diabetes, a magas koleszterinszint, a szív- és koronária megbetegedések miatt közel 10.000 dollárral magasabbak. A fogyás anyagi következményei is jelentősek: becslések szerint a testsúly 10%-os csökkenése az élettartamra számított orvosi költségeket 2.200 - 5.300 dollárral csökkentheti (Bhattacharya és Sood, é. n.).

Azonban, a végiggondolatlan váltás a táplálkozás esetében depresszióhoz, extrém esetben öngyilkossághoz is vezethet a testsúly változásának fizikális, és a testkép változásának pszichológiai hatásai miatt. Ezért felkészülten kell a médiaüzeneteket is megfogalmazni (Marks et al., 2000).

Egy francia kutatásban a munkanélküliség és az obesitas kapcsolata jelentősnek bizonyult (Paraponaris, Saliba és Ventelou, 2005). Felnőttek körében sikerült kimutatniuk, hogy minél inkább eltért valaki (felfelé) a BMI átlagától, annál több évet volt munkanélküli. A 20 éven felüli korosztály esetében az is kimutatható volt, hogy a munkanélküliségi periódus után az újbóli elhelyezkedés valószínűsége szignifikánsan alacsonyabb volt a túlsúlyos emberek körében (Paraponaris, Saliba és Ventelou, 2005).

Egy másik, finn kutatás szintén a fenti a következtetésre jutott, viszont kiemelte a nemi különbségeket is: kimutatható volt, hogy az elhízott nők hatványozott gazdasági és társadalmi hátrányokkal szembesülnek.

Egy vizsgálatban 3-5 éves korcsoportban vizsgálták a különböző testfelépítéssel kapcsolatos attitűdöket (Cramer és Steinwert, 1998). Többféle, életkori sajátosságoknak megfelelő mérőeszközök használatával már ebben az életkorban is kimutatható volt a túlsúlyhoz kapcsolódó negatív attitűd, testalkati stigmatizáció. Az idősebb gyermekek esetében ez a tendencia kifejezettebb volt, de már a 3 éves gyermekek esetében is világosan kimutatható volt. A kutatók megállapítása szerint a „kövér rossz” kulturális sztereotípiát pervazív hatását mutatja ez az eredmény. Érdekes módon a túlsúlyos óvodások körében erősebben kimutatható volt ez a tendencia (Cramer és Steinwert, 1998). A karcsúság szerepe nem ennyire evidens más társadalmakban, ahol az erő és a jólét szimbóluma is lehet a jól megtermett egyén.

Lakdawalla és Phillipson arra tett kísérletet, hogy kimutassa: a napjaink tapasztalható „obesitas járvány” maga is egy negatív externália: a mezőgazdasági termelésben bekövetkezett technológiai változások és a folyamatosan csökkenő élelmiszerárak a népesség BMI szerinti eloszlásában kedvezőtlen változásokhoz vezetett. Elméletük szerint a testsúlyban bekövetkezett epidemiológiai változások 40%-a vezethető le a kínálati oldalnak, vagyis a mezőgazdasági innováció következtében bekövetkező árcsökkenésnek. A maradék 60% azonban a keresleti oldalon

bekövetkező technológiai változásoknak köszönhető: például a házimunkával és az ipari termelő munkával járó fizikai aktivitás csökkenésének (Lakdawalla és Phillipson, 2002).

Jolls megfogalmazása szerint a *racionális választás* standard ökonómiai modellje három korlátlan tényezőre épít, mégpedig a korlátlan racionalitásra, a korlátlan akaraterőre és az önérdek korlátlan érvényesítésére. A korlátozott racionalitás következtében az emberek nem mindig képesek arra, hogy adekvát módon interpretálják a környezeti lehetőségeket. A korlátozott akaraterő a saját tervek követésének viszonylag gyakori sikertelenségében tükröződik. Az önérdek korlátozottsága pedig abban a tendenciában nyilvánul meg, hogy gyakran olyan helyzetben is megfigyelhető altruista magatartás, ahol annak visszatérülése nem várható (idézi Monterosso és Ainslie, 2006; Rabin, 2002).

Az elhízással kapcsolatos fogyasztói döntésekben a korlátozott önkontroll komoly problémát jelenthet. Az emberek túl sok lehetőség közül kell választani, melyek közvetlen határkölsége kicsi, de a hosszútávú határhaszna nagy. A korlátozott önkontrollal néhánnyal még meg tudna küzdeni, de nem mindegy. A rövidlátó megközelítés miatt egy kísértésnek ellen tud állni, de a másik kísértéssel szembeni ellenállása gyengül (Stutzer és Frey, 2006).

Felhasznált irodalom:

- Bhattacharya, J. és Sood, N. (é. n.): *Health insurance, obesity and its economic costs*. In: The Economics of Obesity: A Report on the Workshop Held at USDA's Economic Research Service. <http://www.ers.usda.gov/publications/efan04004/>
- Birkeland, R. et al. (2005): *Media exposure, mood, and body image dissatisfaction: an experimental test of person versus product priming*. In: Body image (2) 53-61.
- Buss, A. H., Plomin, R. (1984): *Temperament. Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. (1998): *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó. Budapest
- Cramer, P. – Steinwert, T. (1998): *Thin is good, fat is bad: how early does it begin?* In: Journal of Applied Developmental Psychology. 19 (3). 429-451.
- Egger, G. – Swinburn, B. (1997): *An ecological approach to the obesity pandemic*. In British Medical Journal. 315. 477-480.
- European Commission (1999): *Pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health*. Luxemburg. EC. DGV/E.3.

- Fieldhouse, P. (1996): *Food and Nutrition: Customs and Culture*, 2nd edn. Cheltenham: Stanley Thor-
nes.
- Garai László (1997): *Általános gazdaságpszichológia*. JATEPress. Szeged.
- Grossmann, R. – Scala, K. (1993): *Health promotion and organizational development. Developing set-
tings for health*. WHO/EUROPE, IFF. Vienna.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J., Stephenson, G. M. et al., (1999): *Közgazdasági és Jogi könyv-
kiadó*. Budapest.
- Kornai János (1998): *Az egészségügy reformjáról*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Lakdawalla, D. - Phillipson, T. (2002): *The growth of obesity and technological change: A theoretical
and empirical examination*. In: NBER WORKING PAPER SERIES. [http://www.nber.org/papers/
w8946](http://www.nber.org/papers/w8946)
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000): *Health psychology. Theory, research and prac-
tice*. Sage Publications. London. Thousand Oaks. New Delhi.
- Mihályi Péter (2003): *Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanában*. Veszprémi Egyetemi Kiadó.
Veszprém.
- Monterosso, J., Ainslie, J., The behavioral economics of will in recovery from addiction, Drug Alco-
hol Dependence (2006), doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.09.004
- Paraponaris, A., Saliba, B. és Ventelou, B. (2005): *Obesity, weight status and employability: Empirical
evidence from aFrench national survey*. In: Economics and Human Biology 3 (2005) 241–258
- Rabin, M. 2002. A perspective on psychology and economics. European Economic Review 46 (2002)
657 – 685
- Rosin, P. (1996): *Sociocultural influences on human food selection*. In. Capaldi, E. D. (ed.): *Why We
Eat What We Eat: The Psychology of Eating*. Washington. D. C. APA 233-63.
- Schultz, T. W. (1983): *Beruházás az emberi tőkébe*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Stutzer, A; Frey, B. S. (2006): *What Happiness Research Can Tell Us About Self-Control Problems
And Utility Misprediction*. Working Paper No. 267

Kiadó:



Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó
Felelős kiadó: *Forró Lajos igazgató*

Technikai szerkesztés és nyomás:
Innovariant Nyomdaipari Kft.
Felelős vezető: *Drágán György*
www.innovariant.hu
www.facebook.com/Innovariant