



EFOP-2.2.0-16-2016-00002 „Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt

MÓDSZERTAN 1

A gyermekek/fiatalkorúak lelki egészségének általános leírására alkalmas eszközök, indikátorok meghatározása

Készítette: Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Varga Tamás, Dr. Zombor Erika, Józsa Tamás, Kovács Karolina Eszter, Szele Anna Szabina, Simonné Kiss Mónika, Szóke Zsuzsa, Nagy Judit, Bodóné Oláh Krisztina

2018





Tartalom

1. A TANULMÁNY CÉLJA	4
2. A TANULMÁNY FELÉPÍTÉSE	5
3. ALAPFOGALMAK.....	5
4. A TANULMÁNY KÉSZÍTÉSE SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK.....	7
4.1. Szakirodalom feldolgozás	7
4.1.1. A szakirodalom feldolgozásának célja	7
4.1.2. A szakirodalmi feldolgozás forrásai	8
4.1.3. Szűkítő feltétel: a publikációk megjelenésének éve – <i>hány évre visszamenőleg kerestük a szakirodalmakat?</i>	8
4.1.4. A publikációk megjelenésének földrajzi térsége	8
4.1.5. A szakirodalom feltárásának lépései	8
4.2. Strukturált interjúval történő adatgyűjtés munkacsoportunk módszertanának leírása.....	11
4.2.1. Interjú készítés lépései.....	11
4.2.2. Az interjúk feldolgozásának módszertana	14
5. A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI SZAKIRODALOMBAN MEGJELENŐ MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS INDIKÁTOROK,.....	15
5.1. Mentális egészség indikátorok tágabb nemzetközi indikátorrendszerekben-European Core Health Indicators (ECHI) - Alapvető Európai Egészségügyi Mutatók.....	15
5.2. Gyermek-és fiatalkorúakra mentális egészségére vonatkozó indikátorok meghatározása nemzeti szinten –Skócia	19
5.2.1. Előzmények	19
5.2.2. Az indikátorkészlet kialakításának folyamata	20
5.2.3. Az indikátorkészlet elméleti keretrendszere	22
5.2.4. Összegezés, fontosabb megállapítások a Skóciában kidolgozott indikátorrendszer alapján.....	27
5.3. Gyermek-és fiatalkorúakra mentális egészségére vonatkozó indikátorok meghatározása szubnacionális szinten	27
5.3.1. A tartományi szintű indikátorrendszer kialakításának folyamata.....	28
5.3.2. Az indikátorrendszer elméleti keretrendszere	30
6.1. Negatív és pozitív lelki indikátorok.....	32
6.1.3. Diagnosztikus tesztek és interjú-rendszerek.....	32
6.2. Szocio-demográfiai indikátorok.....	36



6.3. Pozitív lelki egészség	38
6.3.1. Pozitív lelki egészség indikátorok (serdülők körében alkalmazható kérdőívek).....	39
7. JELENLEG VIZSGÁLHATÓ LELKI EGÉSZSÉGET LEÍRÓ INDIKÁTOROK, MELYEK ALKALMASAK MAGYARORSZÁGON KÖLÖNBÖZŐ TERÜLETEK ÖSSZEHASONLÍTÁSÁRA ÉS HOSSZMETSZETI KÖVETÉSRE.	42
7.1. ADHD és addikciók.....	44
7.2. Szerhasználattal összefüggő mentális zavarok.....	47
7.3. Befejezett öngyilkosságok	52
7.4. Pszichoszomatikus betegségek	53
8. ÖSSZEGZÉS, JAVASLAT	56
8.1. Fejlesztési javaslatok	60
IRODALOMJEGYZÉK	61
1. SZÁMÚ MELLÉKLET	68



1. A TANULMÁNY CÉLJA

A VI. alprojekt módszertan rész 1. feladatának (A gyermekek/fiatalkorúak lelki egészségének általános leírására alkalmas eszközök, indikátorok meghatározása) megfelelően célunk egy általános módszertani helyzetkép kialakítása. Olyan **indikátorok** meghatározása, melyek alkalmasak lehetnek arra, hogy egy adott földrajzi terület (pl. járás) fiataljainak lelki egészségéről vagy az azt befolyásoló tényezőkről információkkal szolgáljanak. Ezen indikátorok vizsgálata alapján különböző területek (pl. járások) **keresztmetszetben összehasonlíthatóak legyenek és lehetőséget adjanak a gyermek-és fiatalkorúak lelki egészségében, illetve azt befolyásoló tényezőkben bekövetkező változások hosszmetzeti nyomon követésére is.** A mentális egészséghez kapcsolódó indikátorok meghatározása azért is kiemelten fontos, mivel a különböző beavatkozások – legyenek azok az egyes ellátórendszerekhez kapcsolódó infrastruktúra fejlesztések vagy szektorokon átnyúló szakmai-módszertani intervenciók - tervezéséhez és értékeléséhez nélkülözhetetlen, hogy valid információk álljanak rendelkezésre az adott a fejlesztés által érintett célcsoport lelki egészségéről. Az indikátorkészlet meghatározásának tehát az is célja, hogy olyan eszközt adjunk egyes helyi aktorok (pl. települési önkormányzat, egészségügyi szakellátók, egészségfejlesztési irodák stb.), melyeket könnyen, fel tudnak használni tevékenységeik tervezése és értékelése során, illetve a különböző helyi stratégiai dokumentumok (pl. járási/települési egészségterv, Helyi Esélyegyenlőségi Programterv) elkészítése, az abban foglaltak monitorozása során. Ennek megfelelően az indikátorkészlet meghatározása során kiemelt szempont volt, hogy figyelembe vegye a jelenlegi ellátórendszeri finanszírozáshoz vagy egyéb területhez kapcsolódó statisztikai adatgyűjtések adattartalmát és azon adatok felhasználhatóságát is.

A Jelenleg rendelkezésre álló epidemiológiai adatok arra utalnak, hogy a mentális beteg gyermekek és serdülők aránya világszerte körülbelül 20%. (WHO, 2015)

Egy 2016-os walesi vizsgálat alapján (Welsh Government, 2016) az 5 és 16 év közötti gyermekeknél tizből egynek valamilyen mentális problémája van és ez a szám folyamatosan nő. A mentális problémákkal élő gyermekeket gyakran nem az egészségügyi alap- vagy szakellátásban, hanem a köznevelési, szociális vagy akár a fiatalkorúakra vonatkozó



igazságszolgáltatási rendszerben jelennek meg először. Az ifjúság számos problémáját az oktatási/köznevelési szektorban azonosítják. Ebben nem szerepelnek a diagnosztikus zavar szintjét elért szubklinikai formák, problémás fiatalok.

A fentiek már csak azért is kiemelendők, mivel Egészségügyi Világszervezet (WHO) egy 2008-as tanulmánya¹ szerint a gyermek-és fiatalkorúak mentális problémáinak költsége fejenként £ 11 030 és £ 59 130 között mozognak (ez forintra átszámolva 2008-as árfolyamon 3 529 600 Ft és 18 921 600 Ft. közötti összeget jelent fejenként évente), így egy adott közösségben azon intervenciók, melynek következményeképpen a mentális egészségben bekövetkező és az indikátorok segítségével nyomon követhető pozitív változások valósulnak meg hosszú távú gazdasági befektetesként is értékelhetőek.

2. A TANULMÁNY FELÉPÍTÉSE

A tanulmány az **alapfogalmak** tisztázásával, majd a feladat megvalósításához alkalmazott **módszerek** bemutatásával indul. Ezt követően először a gyűjtött **szakirodalmakban** fellelhető, mentális egészséggel kapcsolatos indikátorok, azok általános csoportjai, jellemzői kerülnek bemutatásra. . A következő részben a nemzetközi és hazai tapasztalatokra és gyakorlatokra alapozva konkrétan meghatározásra kerülnek azok az **indikátor javaslatok**, melyek véleményünk szerint a jelenlegi helyzetben lehetőséget adnak Magyarországon különböző területek összehasonlítására és, illetve a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségében bekövetkező változásokat hosszmetzeti követésre is. A tanulmány **összegzéssel**, az esetleges felmerülő nehézségekkel, javaslatokkal, szakirodalom felsorolásával zárul.

3. ALAPFOGALMAK

A lelki egészség

„A lelki egészség az egyén szemszögéből megfogalmazva „pozitív életérzéssel járó belső folyamategyensúly és ebből következő viselkedés, mellyel az egyén biztosítja belső stabilitását és a társadalomban elfoglalt megfelelő helyét a szüntelen változások – nehézségek, zavarok,

¹ WHO: Social cohesion for mental well-being among adolescents WHO/HBSC Forum 2007, Copenhagen 2008



terhelések, sőt, olykor szomatikus betegségek és fenyegetettség közepette is.” (Tomcsányi, 2003)

*"A **mentális egészség** különböző koncepcióinak közös eleme, hogy azok a mentális egészséget többnek tartják a mentális zavarok pusztá hiányánál, és általában a szubjektív jól-létet, illetve az egyéni kiteljesedés képességét foglalják magukba" (WHO, 2001).*

A mentális egészség az általános egészség része, állapotát egyéni (biológiai és pszichológiai), társas, társadalmi és kulturális tényezők befolyásolják.

Mentális egészségre ható tényezők

"A mentális egészségre ható tényezők lehetnek pozitívak, ezek olyan tényezőket foglalnak magukba, mint a jól-lét, érzelmi egyensúly, boldogság, optimizmus és a stresszel, kedvezőtlen élethelyzetekkel való megbirkózás képessége. A negatív mentális egészség a mentális zavarokra, problémákra, tünetekre vonatkozik". (OLEF, 2005)

Mentálhigiénés team

*„Jelen projekt keretében a mentálhigiénés team alatt **nem egyetlen intézményen belül működő multidiszciplináris szakmai csoportot értünk.***

*A mentálhigiénés **team tagjai** elsősorban az egészségügy, a köznevelés, a szociális ágazatok intézményei, szakemberei és a gyermek és ifjúságpszichiátriai, addiktológia területét érintően velük szorosan együttműködő társszakmák/társágazatok szakemberei.*

*A mentálhigiénés teamnek nincs felülről deklarált vezetője, a team-en belül **nincs hierarchikus viszony**, működése a szakmai kompetenciák szerint munka- és felelősség-megosztáson alapul.*

*A mentálhigiénés team-en belüli együttműködés a **megelőzés, korai kezelésbevétel és a gondozás területét érintő feladatokra, elsősorban a kölcsönös tájékoztatásra, közös gondolkodásra, közös tervezésre és az ezekhez szükséges egyeztetésekre továbbá szükség szerint célirányos, egyes konkrét esetekre vagy intézményekre, problémákra vonatkozó kooperáció előkészítésére és megvalósítására fókuszál.**" (projektben meghatározott definíció)*

Indikátorok



"Az indikátor olyan paraméter vagy érték, amely rámutat, információt vagy leírást nyújt egy jelenség, terület stb. állapotáról, helyzetéről. A jelző számokkal kapcsolatban az egyik legfontosabb szempont az időbeli (keresztmetszeti, hosszmetzeti) vagy a csoportok vagy területek közötti összehasonlíthatóság." (Bukodi [2001]).

„Az indikátorok üzenet-szerűen, egyéb magyarázás nélkül informálnak, folyamatok jellemzőinek változását, időbeli lefolyását is képesek detektálni.”(Új-Zélandi Statisztikai Hivatal,2007)

4. A TANULMÁNY KÉSZÍTÉSE SORÁN ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

A kitűzött célok megvalósításához a nemzetközi és hazai szakirodalmakat tanulmányoztuk át, emellett a gyermekek és fiatalok mentális egészségével foglalkozó szektorokban működő intézmények működéséről információkat szolgáltató interjún alapuló adatgyűjtést valósítottunk meg.

A hazai és nemzetközi releváns szakirodalmak feldolgozása során a nemzetközi jó és ígéretes gyakorlatokat és a hazai alkalmazott gyakorlatokat is elemeztük.

4.1. Szakirodalom feldolgozás

4.1.1. A szakirodalom feldolgozásának célja

A szakirodalmi feldolgozások elsődleges célja a projekt fejlesztési célkitűzéseit megalapozó hazai és nemzetközi gyakorlatok, kapcsolódó eredmények feltárása, leírása, az elmúlt időszak hazai és nemzetközi eredményeinek összegyűjtése, az eredmények alapján a fejlesztési munkában hasznosítható információk kinyerése és interpretálása logikai szöveggörnyezetben.

A szakirodalom-feldolgozás az alábbi témakörhöz kapcsolódott:

- A gyermekek/fiatalkorúak lelki egészségének általános leírására alkalmas potenciális indikátorok feltérképezése
- A gyermekek/fiatalkorúak lelki egészségének általános leírására alkalmas indikátorokhoz kapcsolódó eszközök, adatgyűjtési módok feltérképezése



4.1.2. A szakirodalmi feldolgozás forrásai

- *Elsődleges források*: disszertációk, kutatási beszámolók, folyóiratcikkek és minden olyan dokumentum, amely közvetlenül számol be mérési-kutatási eredményekről, a projektben felhasználható jó gyakorlatokról, módszertani megoldásokról.
- *Másodlagos források (áttekintő irodalmak)*: monográfiák, tanulmánykötetek, tankönyvek, külföldi szakirodalmak közül elsősorban az áttekintő folyóiratok.

4.1.3. Szűkítő feltétel: a publikációk megjelenésének éve – hány évre visszamenőleg kerestük a szakirodalmakat?

A szakirodalmi feldolgozást *visszatekintő (retrospektív)* szemléletben, a központi témakörök egy adott időpontban történő feltárásával végeztük. Elsősorban a legfrissebb szakirodalmakban fellelhető gyakorlatok, eredmények összegyűjtésére törekedtünk, ezért leginkább az utóbbi 10 évben publikált irodalmakat kerestük, de természetesen a felhasználhatónak ítélt, korábban készült szakirodalmak eredményeit is beépítettük, amennyiben szükségesnek láttuk.

4.1.4. A publikációk megjelenésének földrajzi térsége

Földrajzi térségek alapján nem tettünk szűkítést és lehatárolást, bármely ország publikációi bekerülhettek az adatbázisba, ha tematikailag illeszkedtek a keresési célokhoz.

4.1.5. A szakirodalom feltárásának lépései

1. A szakirodalmi feltárások folyamatát és módszereit mindig meghatározza a szakirodalmi keresések mélységének igénye. A keresések mélységének meghatározásakor az alábbi szempontokat vettük figyelembe:
 - A szakirodalmi keresések mélységét jelentősen meghatározzák a szakirodalmi feldolgozás *céljai*, vagyis az, hogy a kutatás jellege szerint alapvetően szintézisre törekvő tanulmány készítése vagy egy szűkebb tematikájú empirikus vizsgálat megalapozása-e a cél.
 - Ugyancsak befolyásolja a keresés mélységét a *kutatás tárgya* is, mert meghatározza, hogy milyen mennyiségű és színvonalú szakirodalom áll rendelkezésre, illetve vannak-e a témához illeszkedő előzmények.



2. A szakirodalmak feldolgozása során az egyes témakörökhöz illeszkedően törekedtünk arra, hogy a lehető legpontosabban körülhatároljuk és meghatározzuk az elemzés központi témáját, amelynek segítségével meg tudtuk határozni a jelentősebb referáló és tematikus szakfolyóiratokat, amelyek fontos kiindulásként szolgáltak.
3. A jelentősebb referáló folyóiratok legfrissebb számainak áttekintését követően tovább finomítottuk a hangsúlyokat, konkretizáltuk az érinteni kívánt témaköröket, és a tényleges feldolgozási célokat. Ezekből a folyóiratokból a kulcsszavak is felhasználhatóak voltak.
4. Következő lépésként összeállítottuk azon kulcsszavak listáját, amelyek a témakörök szempontjából fontosak lehetnek. Ezek alapján végeztük az elsődleges irodalmi kereséseket. A kulcsszavak keresését *feltételek nélkülivé tettük*, vagyis nem határoztunk meg más kulcsszavakhoz történő kapcsolódási igényeket.
5. Az alábbi keresési adatbázisokban és kulcsszavakkal dolgoztunk:

Keresési adatbázisok
ERIC, Google Scholar, MedLine, Pubmed, Researchgate, Science Direct
Keresési kulcskifejezések
<i>(a kifejezésekre angol és magyar nyelven is történt keresés)</i>
<i>bullying; számítógépes játékok; egészségmagatartás; HBSC kutatás; magatartásorvoslás; megküzdés; mentális egészség; pszichoszomatikus tünetek; szociodemográfiai adatok; stressz; stresszkezelés; pszichoszociális rizikófaktorok; addikciók; egészségügyi rendszerek; ESPAD; hátrányos helyzet; magántanulói státusz; Magyar Ifjúság; mentális egészség; országos kompetenciamérés; szolgáltatások; ADHD; drogfogyasztás; gyermekjóléti szolgálatok; gyermekvédelem; gyermekvédelmi szolgáltatások; gyermekpszichiátria; internetfüggőség; lelki egészség; negatív lelki egészség; pozitív lelki egészség; védő faktorok; mentális jóllét; online játékfüggőség; problémás internethasználat; serdülők; szerhasználat; FNO</i>



6. A kulcsszavak segítségével áttekintettük a referáló folyóiratok legfrissebb, elsősorban interneten elérhető számait. Ezekből kiemeltük azoknak a tanulmányoknak az adatait (szerző neve, tanulmány címe, megjelenés helye, ideje), amelyeket a tanulmány címe és összefoglaló absztraktja alapján relevánsnak találtunk. A találatok között hazai és nemzetközi publikációk egyaránt jelentős számban szerepeltek. Ezeket előzetes adatbázisba rendeztük.
7. A témához illeszkedőnek ítélt tanulmányok teljes szövegét letöltöttük, majd a relevanciák szempontjából újból megvizsgáltuk. A vizsgálatot követően döntöttünk, hogy tartalmaz-e az adott cikk olyan releváns információ(ka)t, amelyek a kutatási célokat is szolgálják, amennyiben igen, ezek tematikus feldolgozását elvégeztük. Ezen publikációk irodalomjegyzékének áttekintése után további kereséseket is bonyolítottunk a további találatok érdekében.
8. Az eredmények alapján 76 db szakirodalom került feldolgozásra és elemzésre az alábbi bontásban:

Hazai szakirodalmak (db)	Nemzetközi szakirodalmak (db)	Összesen (db)
38	38	76

10 éven belül megjelent szakirodalmak (db)	10 éven túl megjelent szakirodalmak (db)	Összesen (db)
46	30	76

9. A tanulmány megírása. Az adatbázisba került szakirodalmak témakörök szerinti csoportosítását, rendszerezését követően történt az információk értelmezése, valamint az adott témakörhöz kapcsolható lényegkiemelés és logikai illeszkedés bemutatása az elemzés során.



4.2. Strukturált interjúval történő adatgyűjtés munkacsoportunk módszertanának leírása

4.2.1. Interjú készítés lépései

Első lépés: a helyi gyermek-és ifjúságpszichiátria, addiktológiai és mentálhigiénés ellátó rendszer tagjainak beazonosítása. Ehhez " *A gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény (Gyvt.) 2.§-t és a 17 §-t vettük alapul, "mely részletesen meghatározza, mely természetes és jogi személyek járnak el a gyermekek védelmében: (Nyilván a gyermekvédelmi jelzőrendszer nem fedi le a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségével foglalkozó összes szereplőt, de véleményünk szerint jó kiindulópontot jelent a helyi aktorok feltérképezéséhez*

Az e törvényben szabályozott gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látnak el – a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében – a törvényben meghatározott alaptevékenység keretében:

- a) *az egészségügyi szolgáltatást nyújtók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos, szakellátás*
- b) *a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, így különösen a családsegítő szolgálat, a családsegítő központ,*
- c) *köznevelési intézmények,*
- d) *a rendőrség,*
- e) *az ügyészség,*
- f) *a bíróság,*
- g) *a pártfogó felügyelői szolgálat,*
- h) *az áldozatsegítés és a kárenyhítés feladatait ellátó szervezetek,*
- i) *a menekülteket befogadó állomás, a menekültek átmeneti szállása,*
- j) *az egyesületek, az alapítványok és az egyházi jogi személyek,*
- k) *a munkügyi hatóság,*
- l) *a javítóintézet,*
- m) *a gyermekjogi képviselő".*



Második lépés: a helyi ellátók közül az interjúk szereplőinek kiválasztása.

Szemponatok:

- Az intézmény a feladatai között szerepeljen a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségnek fejlesztése, a mentális egészséggel kapcsolatos problémák korai megelőzése, korai kezelésbevétele és a gondozása területén.
- Több azonos kategóriába tartozó intézmény esetén fontos szempont volt, hogy az a térségben (Debrecen) szakmailag elismert, előremutató, modellértékű tevékenységet végezzen a saját szakterületén.
- A fenntartó intézmény alapján egyházi és állami köznevelési intézményeket is beválasztottunk.
- Szintén a köznevelés területén az ellátottak életkori sajátosságai alapján is csoportosítottunk, így bölcsőde, óvoda, általános és középiskola is került beválogatásra.
- Középiskola kategóriában további szempont volt az általános, ill. szakképzés.

Harmadik lépés: A félig strukturált interjú kérdéseinek meghatározása.

A konceptualizálásban és az operacionalizálásban a teljes munkacsoport részt vett, annak érdekében, hogy többféle ágazat és szakterület szempontjait is figyelembe tudjuk venni a kérdéskörök és a konkrét kérdések meghatározása során. Szakmai, a későbbi elemzés szempontjából fontos szociológiai és kommunikációs szempontokat vettünk figyelembe

A kérdések összeállításában résztvevő szakemberek:

- gyermekpszichiáter,
- serdülőkorúak addiktológia ellátásában jártas pszichiáter,
- gyermekpszichiátriai szakápoló,
- szociális munkás,
- szociálpedagógus,
- gyermekpszichológus,
- pedagógus.



- szociológus
- kommunikációs szakértő;

A kérdések összeállításában résztvevő szakemberek által képviselt intézmények, szervezeti egységek :

- Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Gyermek - és Ifjúságpszichiátriai Osztály és részlegei:
- Debreceni Városi Gyermek Ideggondozó,
- Drogambulancia,
- Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gyermekklinika,
- Debreceni Egyetem Politikatudományi és Szociológiai Intézet Szociológia és Szociálpolitika Tanszék,

Az interjútervben 7 fő vizsgálati dimenziót határoztunk meg, és összesen 25 aldimenzióra kérdeztünk rá. A fő dimenziók az alábbiak voltak:

- Az intézményben végzett mentális egészség elősegítése érdekében végzett tevékenységek és gyakorlatok átfogó feltérképezése.
- Az intézmény humán erőforrás kapacitása, humán erőforrás gazdálkodási gyakorlata (szaktudás, szakemberek, specializációk).
- Az intézmény kapcsolatrendszerének feltérképezése (formális és informális együttműködések is).
- Adatszolgáltatási és információnyújtási kötelezettségek jelenlegi gyakorlata.
- Az intézmények jelenlegi gyakorlatában használt szakmai mutatók, indikátorok (saját és másoktól átvett).
- Az utánkövetési rendszer jellemzői.

Minden fődimenzió lezáró kérdéssor után rákérdeztünk arra, hogy a kérdezett saját szakmai tapasztalatai alapján milyen fejlesztési javaslatokat tudna megfogalmazni, illetve milyen



igények merülnek fel az intézményében, amelyek az adott szakember véleménye alapján javíthatnák a szakmai munka eredményességét.

A kérdéssor végén pedig átfogóan kértünk visszajelzést az esetlegesen el nem hangzott, de a szervezet szempontjából fontos igényekről, fejlesztési javaslatokról.

Negyedik lépés: Az összehasonlítható adatfelvétel érdekében az interjúk felvételi szempontjainak egységesítése létrejött a tematikus blokkok pontos ismeretével.

Ötödik lépés: Az egységes tematikus szerkezetű, félig strukturált interjúk felvétele. Az interjúk rögzítése. Az interjúk felvételét a kérdőívet is megalkotó team tagok végezték saját szakterületükön, lehetőség szerint 2-2 szakember együtt.

Hatodik lépés: Interjúk elemzése: (DE Politikatudományi és Szociológiai Intézet Szociológia és Szociálpolitika Tanszék)

A szakértői mintavétel eredményeként 12 köznevelési, 6 szociális és 6 egészségügyi intézmény (3 alap és 3 szakellátás) vezetőjével vagy képviselőjével készítettünk interjúkat. Az interjúk elsődleges feldolgozása tartalomelemzéssel, kódolós technikával történt: kódolás, tematizációk (kódok beazonosítása), tematizációs tábla, tematizációk csoportosítása (kódcsaládok), kvantitatív összegzés, eredmények értelmezése.

4.2.2. Az interjúk feldolgozásának módszertana

Az interjúk feldolgozásának módszertana a hagyományos szövegelemzési-tartalomelemzési módszerek közül a társadalomtudományi kutatások alkalmazott eljárásai közül elsősorban a kvantitatív szövegelemzési technikákra épít, de nem kizárva a kvalitatív elemzési lehetőségeket. Az interjúszövegekben nyíltan megfogalmazott és egyértelműen értelmezhető információk (szövegegységek) mellett a szövegek szerkezetét (összefüggéseit, logikáját) is megpróbáltuk feltárni.

A kvantitatív tartalomelemzés során az interjú szövegekben a kutatás szempontjából releváns szavak (kifejezések) gyakoriságára és együttes megjelenésére koncentráltunk. Kiemelt szerepe volt az elemzési egységek kiválasztásának és az interjúkban korábban operacionalizált dimenziók feltárásának, illetve értelmezési minták kiválasztásának. A kódolás és kategóriák



kialakítása során az interjúk szövegének több szempont szerinti tagolását követően az előre meghatározott kategóriákba sorolása történt, a szöveg egyes részeinek előzetesen kialakított kategóriákba sorolása a kódolási szakaszt követően zajlott. A kvantitatív elemzés magában foglalta az interjú szövegek előzetesen meghatározott kategóriáinak mennyiségi elemzését, azaz az interjú szövegekben szereplő szavak előfordulási gyakoriságát és azok kapcsolódási sajátosságait.

A kvalitatív elemzés egyrészt a manifeszt, másrészt a nagyobb szövegrészekhez kapcsolódó rejtett (látens) jelentéstartalmak feltárására koncentrált, de a kapcsolatok és összefüggések leírása ebben az esetben is meghatározó volt.

A fentiek alapján elvégzett elemzést követően az interjúkkal szemben megfogalmazott előzetes hipotézisek igazolása (vagy cáfolása) mellett az összefüggések összefoglalása történt.

(1. számú melléklet: *Módszertan 1-4 interjúelemzések tanulmány - Debreceni Egyetem*)

A lelki egészség leírása szempontjából a feldolgozott szakirodalom mellett az interjúk esetében az intézmények adatszolgáltatásának jellemzőire, gyakorlatban használt szakmai mutatóira és utánkövetési jellemzőire koncentráltunk.

5. A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI SZAKIRODALOMBAN MEGJELENŐ MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS INDIKÁTOROK,

5.1. Mentális egészség indikátorok tágabb nemzetközi indikátorrendszerekben- European Core Health Indicators (ECHI) - Alapvető Európai Egészségügyi Mutatók

Az egészség, illetve az egészséget befolyásoló tényezők minden területén, a változások nyomon követéséhez, az egyes területek, csoportok összehasonlíthatóságához nélkülözhetetlen, hogy megbízható adatokon alapuló, a konszenzusosan elfogadott indikátorok álljanak rendelkezésre. A megfelelő indikátorok nélkül nem azonosíthatóak megfelelően a különböző szükségletek, a területi vagy társadalmi csoportok közötti eltérések, egyenlőtlenségek, valamint a különböző egészségpolitikai intervenciók, beavatkozások tervezése megvalósítás, valamint értékelése is nehézségekbe ütközik. Az egészséggel kapcsolatos indikátorokon belül is a mentális egészséggel kapcsolódó indikátorok köre nehezen meghatározható, sokáig a mentális egészséggel kapcsolódó indikátorként az öngyilkossági/önsértési, illetve a különböző



szefogyasztási indikátorok kerültek meghatározásra a különböző mentális egészséget is magukba foglaló indikátorrendszerekben. Ez azért jelent problémát, mivel a fenti területek a mentális egészségnek csak szűk részterületeit fedik le.

Ezt felismerve az Európai Bizottság Egészségmonitorozási Programhoz kapcsolódva 1999-ben kezdték el kidolgozni a *European Community Health Indicators* (ECHI) projekt keretében kezdtek el kidolgozni egy mentális egészségre is fókuszáló indikátorrendszert, mely az Európai Egészségmonitorozási Program tágabb egészség-indikátor rendszeréhez is illeszkedik, annak részét képezi.² Az ECHI projekt az alábbi kritériumrendszer dolgozta ki a mentális egészséghez kapcsolódó indikátorrendszerrel kapcsolatosan:

- A különböző mentális egészséghez kapcsolódó, releváns területről nyújtsanak információt
- Lehetőséget biztosítsanak a mentális egészség területén megvalósuló aktivitások nyomonkövetésére
- Amennyire lehetséges, már meglévő adatkörökön, információkon alapuljanak
- Képesek legyenek az egyes tagállamok közötti eltérések, különbözőségek mérésére.
- Megbízhatóak és validak legyenek, amennyire csak lehetséges
- Tartalmazzon robosztus és erős indikátorokat

A meghatározott indikátorok négy nagyobb kategóriába sorolhatóak:

- Demográfiai és szocio-ökonómiai indikátorok
- Egészségi állapot indikátorok
- Az egészséget meghatározó tényezőkre vonatkozó indikátorok
- Egészséggel kapcsolatos beavatkozások: Egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos indikátorok

A felsorolt szempontok alapján kidolgozott indikátorkészlet, mely ECHI szélesebb körű, egészséggel kapcsolatos indikátorrendszerébe integrálódott, többször került áttekintésre és

² Minimum data set of European mental health indicators: Proposed set of mental health indicators; definitions, description and sources European Commission 1999 letöltés ideje: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe2_09_en.pdf letöltés ideje: 2018.08.24 13:20



módosításra. (Három ECHI projekt valósult meg, 1998-2001, 2001-2004, 2005-2008 közötti időintervallumokban³). Az ECHI projektekben elért eredményeket a *Joint Action on European Community Health Indicators Monitoring 2008-2013 (Együttes Fellépés az Európai Közösségi Egészség Indikátorok Monitorozásáért 2008-2013)* vitte tovább, melynek fő célja az indikátorrendszer továbbfejlesztése, illetve az indikátorrendszer tagországokban történő implementálása volt⁴.

A projekt eredményeképpen meghatározásra került 88 indikátort tartalmazó *European Core Health Indicators (Alapvető Európai Egészségügyi Mutatók)* indikátorkészlet, melyből jelenleg 60 indikátorhoz tartozik rendszeresített tagországi adatgyűjtése és adatközlés. A 60 jelenlegi indikátorból a mentális egészséghez az alábbiak kapcsolathatóak:

- Egészségi állapot indikátorok
 - Betegségspecifikus halálozási mutatók
 - Mentális és viselkedési zavarok standardizált halálozási rátája 100 000 ezer lakosra számítva
 - Öngyilkosság és szándékos önsértés standardizált halálozási rátája 100 000 ezer lakosra számítva
 - Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás
 - Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás a teljes népesség körében
 - Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás a férfiak körében
 - Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás a nők körében
 - Kábítószer-fogyasztással összefüggő halálozás a 25 éven aluli populációban
 - Önbevalláson alapuló depresszió prevalencia
 - Az elmúlt 12 hónapban önmagukat depressziósnak jelentők aránya
 - Az elmúlt 12 hónapban önmagukat depressziósnak jelentő férfiak aránya
 - Az elmúlt 12 hónapban önmagukat depressziósnak jelentő nők aránya

³ https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/listechisub30_en letöltve: 2018.08.27 11:22;

⁴ https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/20082391 letöltve: 2018.08.27 11:31;



- Az elmúlt 12 hónapban önmagukat depressziósnak jelentő 15-64 közöttiek aránya
- Az elmúlt 12 hónapban önmagukat depressziósnak jelentő 65 éven felüliek aránya
- Az elmúlt 12 hónapban önmagukat depressziósnak jelentő 15-64 közöttiek aránya iskolai végzettség szerint (alacsony iskolai végzettség, közepes iskolai végzettség, és magas iskolai végzettség kategóriákban)
- Az egészséget meghatározó tényezőkre vonatkozó indikátorok
 - Összesített alkoholfogyasztás
 - Egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta szeszen kifejezve (a 15 évnél idősebb lakosságra vonatkozóan)
 - Tiltott szerhasználat (egyes szerekre vonatkozó bontásban, minden szerhez külön indikátor került meghatározásra)
 - Azon 15-34 év közöttiek aránya, akik életükben fogyasztottak már amfetamint/kannabiszt/kokaint/heroint/eksztaizit.
 - Azon 15-34 év közöttiek aránya, akik az elmúlt évben fogyasztottak már amfetamint/kannabiszt/kokaint/heroint/eksztaizit
 - Azon 15-64 év közöttiek aránya, akik életükben fogyasztottak már amfetamint/kannabiszt/kokaint/heroint/eksztaizit.
 - Azon 15-64 év közöttiek aránya, akik életükben fogyasztottak már amfetamint/kannabiszt/kokaint/heroint/eksztaizit.
- Egészséggel kapcsolatos beavatkozások: Egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos indikátorok
 - Mentális és viselkedési zavarokkal kapcsolatos kórházi kezelés átlagos időtartama

Az ECHI indikátorok bár, nem csak a mentális egészségre fókuszálnak, és nem csak a 18 év alatti korosztályt érintik, de minden az indikátorok kategorizálásánál, mint a konkrét indikátorok meghatározásának jó példaként szolgálhatnak a 18 éven aluliak mentális egészségével kapcsolatos indikátorok meghatározásához. Az ECHI indikátorokhoz való illeszkedésnek azért is lehet jelentősége, hiszen az itt kidolgozott indikátorok egy részéhez már



kapcsolódik adatgyűjtés, illetve ahol nincs ott várható, hogy Uniós ösztönzésére kialakításra kerülnek a szükséges adatgyűjtése technikák. Az illeszkedés másik előnye lehet, hogy a hazai helyzet (azon belül is akár egyes kisebb területi egységek) nemzetközi összehasonlítását is lehetővé teheti.

5.2. Gyermek-és fiatalkorúakra mentális egészségére vonatkozó indikátorok meghatározása nemzeti szinten –Skócia

5.2.1 Előzmények

A skót kormányzat a 2000-es évek közepe óta több stratégiai dokumentumban is foglalkozott és foglalkozik a gyermek-és fiatalkorú populáció mentális egészségének fejlesztésével. Ezen dokumentumokban a mentális egészségi állapotban, illetve az azt befolyásoló tényezőkben bekövetkező változásokat leírni és bemutatni képes indikátorok meghatározása is többször előkerül. A 2009-ben kiadott *Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011*⁵ egy 2 éves cselekvési terv, mely nem csak a 18 éven aluli korosztállyal foglalkozik, hanem a teljes lakosság mentális egészségnek fejlesztésére vonatkozóan határoz meg prioritásokat. A 6 meghatározott prioritás közül az egyiket a „*Mentálisan Egészséges Csecsemők, Gyermekek és Fiatalkorúak*” (*Mentally Healthy Infants, Children and Young People*) jelenti. A prioritáson belül 4 vállalás került meghatározásra, melyek a következők:

1. Vállalás

A skót kormányzat kidolgoz a meglévő releváns partnerszervezetek és szakértők bevonásával egy a mentális egészségfejlesztésre szolgáló információkat tartalmazó portált, mely kifejezetten a csecsemőkkel, gyermekekkel és fiatalkorúakkal foglalkozó szakembereket célozza.

2. Vállalás

A csecsemőkkel, gyermekekkel és fiatalkorúakkal foglalkozó szakemberek készség és tudásfejlesztése a mentális egészség területén kifejezetten az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére fókuszálva.

3. Vállalás

⁵ Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011; Scottish Government 2009 Edinburgh



Bizonyítékokon alapuló, mentális egészségfejlesztést célzó intervenciók disszeminálása és a megvalósítása támogatása a döntéshozók informálásával.

4. Vállalás

A Skót Egészségfejlesztési Intézet (NHS Health Scotland) a kulcs érdekhordozók bevonásával 2011-re kidolgoz egy nemzeti szintű indikátorkészletet, a csecsemők, gyermekek és fiatalok mentális jóllétével, mentális egészségi problémáival, illetve az ezeket befolyásoló tényezőkkel kapcsolatosan.

Jelen tanulmány szempontjából az utolsó vállalás a figyelemreméltó. Kiemelendő, hogy az indikátorkészlet kidolgozását Skót Egészségfejlesztési Intézet felelősségi körébe rendelte, de már a vállalás során is kiemelte a további kulcsszereplők bevonásának a fontosságát. A fentiek felsorolásból a reményeink szerint az is látszik, hogy a mentális egészségre vonatkozó stratégiai, rendszerszintű szintű fejlesztések megfelelő indikátorkészlet nélkül nem értelmezhetőek.

5.2.2. Az indikátorkészlet kialakításának folyamata

A cselekvési tervben rögzített vállalásnak megfelelően 2011-re elkészült a mentális egészségre fókuszáló indikátorrendszer, melyről 2012. márciusában jelent meg egy összefoglaló jelentés: „*Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for children and young people in Scotland: Final Report*” (Gyermek-és fiatalokra fókuszáló, nemzeti szintű, fenntartható mentális egészség indikátorok létrehozása Skóciában: Zárójelentés⁶) címmel. A következőkben ezen, zárójelentés alapján mutatjuk be az indikátorrendszer felépítését, valamint a kidolgozási folyamat főbb tanulságait.

A gyermek-és fiatalok mentális egészségre fókuszáló indikátorkészlet kialakításának fontos előzménye volt a felnőtt korosztályra vonatkozó indikátorkészlet, mely még 2007-ben került kidolgozásra. A két indikátorkészlet összehangolása azért is fontos, mivel így egyazon értelmezési keretben kerülhettek kidolgozásra, valamint lehetővé teszi, hogy a mentális

⁶ Dr Jane Parkinson: „Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for children and young people in Scotland: Final Report” NHS Health Scotland, Edinburgh 2012
<http://www.healthscotland.com/documents/5878.aspx> letöltve: 2018.08.27 15:19



egészség területét érintő változások hosszútávon is nyomon követhetőek legyenek, akár az egyéni életutak mentén.

A kidolgozás során szempont volt, hogy az indikátorkészlet, országos szint alatt, megyei szinten is legyen lehetőségek a gyermek és fiatalkorúak egészségi állapotának, illetve az azt befolyásoló tényezők felmérésére. Ezért is volt fontos, hogy az indikátorkészlet jelentős mértékben építsen már meglévő adatgyűjtésekre, melyek eredményei helyi szinten is elérhetőek, feldolgozhatóak és interpretálhatóak.

A kidolgozás során egy vegyes módszert alkalmaztak, mely egyszerre épít az aktuális és jövőbeli szakmapolitikai célokra és beavatkozásokra, az elérhető adatok körére, a szakértők véleményére, a gyermek-és fiatalkorúak véleményére (szakirodalom alapján, valamint a fókuszcsoporthoz vizsgálat segítségével térképezték fel a 18 éven alattiak véleményét.), valamint a nemzetközi szakirodalom alapján meghatározható evidenciákra.

A kialakítás folyamata az alábbi lépésekből tevődött össze:

1. A meglévő evidenciák áttekintése az ideáltipikus indikátorkészlet meghatározása és az illeszkedő kidolgozási, koncepcionális keretrendszer azonosítása érdekében
2. A tervezett keretrendszer széleskörű egyeztetése országos szintű érdekhordozókkal, kulcs szakértőkkel, szervezetekkel és hálózatokkal. Emellett fókuszcsoporthoz vizsgálat keretében vonták be a gyermek-és fiatalkorúak meghatározott csoportjainak képviselőit. Utóbbira azért került sor, hogy felmérjük, hogy a 18 éven aluliak véleménye szerint a tervezett mennyire tér ki, minden olyan dimenzióra, ami befolyásolja a mentális egészségüket.
3. A rendelkezésre álló adminisztratív, statisztikai és kutatási adatok, és az ezen adatokból képzett már használatban lévő indikátorok áttekintése.
4. A szélesebb szakpolitikai környezettel való összehangolása, kiemelten a meglévő indikátorkészletekkel, stratégiákkal és a szakpolitikákkal való átfedés azonosítása érdekében.
5. Robosztus indikátorok meghatározása, melyek tudnak építeni a jelenleg is elérhető adatokra.



6. Az adatszükséglet meghatározása azon javasolt indikátorokhoz, melyekhez jelenleg nem állnak rendelkezésre a szükséges adatok. A hiányzó adatgyűjtések prioritási sorrendjének meghatározása.
7. Az adatgyűjtési lehetőségek feltérképezése, a meglévő adatgyűjtések módosítási lehetőségeinek feltárása a szükséges adattartalom biztosításának elősegítése érdekében
8. Az indikátorkészlethez szükséges adatok fenntarthatóságának biztosítása

5.2.3. Az indikátorkészlet elméleti keretrendszere

Az indikátorok meghatározásához használt elméleti keretrendszer, a felnőttek mentális egészségére fókuszáló indikátorrendszer kialakítás során már kipróbált elméleti keretrendszer alapján történt.⁷ Az indikátorok két fő kategóriába kerültek besorolásra:

- „Magas szintű” mentális egészségi állapot indikátorok – kimeneti indikátorok
 - mentális jóllét („mental well being”) indikátorok
 - Mentális problémákra vonatkozó indikátorok
- „Kontextuális” indikátorok – a mentális egészséget befolyásoló tényezőkre vonatkozó indikátorok (kockázati és protektív tényezők is)

A „Magas szintű” mentális egészségi állapot indikátorok két alkategóriába kerültek besorolásra: a *mentális jóllét („mental well being”) indikátorok* közé a tulajdonképpen a pozitív mentális egészség indikátorok tartoznak, míg a *mentális problémákra vonatkozó indikátorok* alkategóriába a konkrét mentális kórkép előfordulásával, kezelésével kapcsolatos indikátorok tartoznak. A Kontextuális indikátorok öt dimenzió alapján kerültek további bontásra (egyéni, családi, közösségi, strukturális és tanulási környezeti indikátorok.)

⁷ Dr Jane Parkinson: Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for adults in Scotland: Rationale paper, NHS Health Scotland, Edinburgh, 2008
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.601.4498&rep=rep1&type=pdf> letöltve 2018.08.28 10:34



Az indikátorrendszer struktúrája az alábbi táblázatos mutatjuk be, zárójelben jelezve, hogy az egyes kategóriákhoz hány indikátor tartozik, így az egyes dimenziók súlyozása is látható a táblázatban⁸

1. táblázat: az indikátorrendszer elméleti keretrendszer (zárójelben az egyes kategóriákhoz rendelt indikátorok száma található)

„Magas szintű” mentális egészségi állapot indikátorok – kimeneti indikátorok				
mentális jóllét („mental well being”) indikátorok (4)			mentális problémákra vonatkozó indikátorok (11)	
„Kontextuális” indikátorok				
<i>Egyéni</i>	<i>Családi</i>	<i>Tanulási környezet</i>	<i>Közösségi</i>	<i>Strukturális</i>
Tanulás és fejlődés (2)	Családi kapcsolatok (7)	Tanulás iránti elkötelezettség (3)	Közösségi részvétel (4)	Egyenlőség (5)
Egészségmagatartás (7)	Családszerkezet (4)	Baráti és kortárs kapcsolatok (7)	Társadalmi hálózatok (1)	Társadalmi integráció (8)
Általános egészség (3)	Szülők egészségmagatartása (5)	Köznevelési környezet (5)	Társas támogatás (1)	Diszkrimináció (3)
Spirituális (1)	Szülők egészsége (5)	Terhek és elvárások (5)	Bizalom (3)	Fizikai környezet (5)
Érzelmi intelligencia (1)			Biztonság (1)	Erőszak (3)
Életesemények (2)				Kultúra (3)

⁸ Dr Jane Parkinson: „Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for children and young people in Scotland: Final Report” alapján



Mint látható a kontextuális indikátorok jelentős túlsúlyban vannak a konkrét mentális egészségi állapotra vonatkozó indikátorokhoz képest (Összesen 108 indikátort tartalmaz az indikátorkészlet, ebből 93 kontextuális indikátor és 15 konkrét mentális egészségi állapotra vonatkozó indikátor). Kiemelendő még, hogy külön dimenzióként, és az egyes dimenziókon belül sem jelennek meg a gyermek-és fiatalkorúak körbevevő intézményrendszerre vonatkozó indikátorok (pl. az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésre vonatkozó indikátorok, ellátórendszeri kapacitásokra vonatkozó indikátorok).

Terjedelemi korlátok miatt eltekintünk mind a 108 indikátor részletes bemutatásától, azonban magáról a struktúráról, ahogy az egyes mutatókat rendszerezi az anyag, szeretnénk néhány további szót ejteni.

Minden egyes indikátor dimenzió esetében röviden bemutatásra kerül, hogy milyen szakirodalmi bizonyítékok, alapján került meghatározásra az adott dimenzió, milyen mutatók tartoznak, az adott dimenzióhoz, illetve, hogy mely más dimenziókkal lehetnek összefüggésben. A konkrét indikátorok felsorolásánál szerepel az adott indikátor megnevezése, az indikátorhoz kapcsolódó mérés mód, valamint az adatok forrása. Érdeemes kiemelni, hogy a 108 meghatározott indikátor közül 46 esetében az indikátorrendszer kidolgozása idején még nem volt elérhető és megfelelő adatforrás.

Az indikátorokhoz felhasznált meglévő főbb adatforrásokat a 2. táblázat tartalmazza. Ahol az adatforrásnak van Magyarországon jelenleg is használt, megfeleltethető változata akkor azt külön oszlopban jelezzük.

2. táblázat: Az indikátorrendszerhez használt meglévő adatforrások.

Adatforrás neve	Adatforrás rövid leírása	Magyarországi megfeleltetethető adatforrás
Scottish Health Survey (Skót Egészségfelmérés)	1995 óta rendszeresen megvalósításra kerülő országosan reprezentatív egészségfelmérés. 2008 óta minden évben felvételre kerül. A főbb dimenziók az egészségmagatartási tényezőkre	ELEF-OLEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés magyarországi felmérése)



	valamint a megbetegedési adatokra koncentrálnak	
<i>Scottish Schools Adolescent Lifestyle and Substance Use Survey (SALSUS)</i> Skócia Iskolai Egészségmagatartás és Szerhasználati kérdőív	Minden középiskolában megvalósuló felmérés, mely a dohányzási, alkoholfogyasztási, szerhasználati szokásokat méri fel. Minden második évben kerül felvételre.	<i>ESPAD</i> - Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól
<i>Health Behaviour in School-aged Children Survey (HBSC)</i> Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása	Az iskoláskorúak körében méri az egészségmagatartási szokásokat. A kérdőívet 5. 7. 9, és 11. osztályos tanulók töltik ki. Négy évente kerül felvételre.	<i>Health Behaviour in School-aged Children Survey (HBSC)</i>
<i>NHS Scotland - ISD Scotland (Skócia Nemzeti Egészségügyi Szolgáltató – Informatikai Szolgáltatások Főosztálya)</i>	Az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos teljesítmény és igénybevételi adatok.	<i>NEAK teljesítményadatok – illetve EESZT adatok</i>
<i>National Records of Scotland</i> (Skóciai Statisztikai Hivatal)	A Skóciai Statisztikai Hivatal rendszeresített adatgyűjtéseiből származó adatok (pl. demográfiai, mortalitási és morbiditási adatok)	<i>KSH adatsorok</i>
<i>Scottish Household Survey (Skócia Háztartás felmérés)</i>	A skóciai háztartásokra vonatkozó, országos reprezentatív vizsgálat, mely alapvető demográfiai és gazdasági kérdéskörök felmérésére szolgál. 1999	<i>TÁRKI Háztartás Monitor idősoros kutatás” c.</i>



	óta került megvalósításra a felmérés, két évenkénti adatfelvétellel.	
<i>Scottish Prison Survey (Skót Börtön Felmérés)</i>	A teljes börtönnépesség körében lefolytatott vizsgálat, mely a célpopuláció demográfia-gazdasági jellemzői mellett vizsgálja a börtönélet különböző aspektusait (biztonság, higiéné, étkeztetés stb.), valamint kitért egészségmagatartási szokások vizsgálatára is.	Hasonló rendszerszintű vizsgálat Magyarországon nem valósul meg. A tématerülettel kapcsolatosan a Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága (BvOP) által gyűjtött szisztematikusan gyűjtött adatok használhatóak
<i>Scottish Government Income and Poverty Statistics (Skót kormányzat jövedelmi és szegénységi statisztikái)</i>	A központi kormányzat jövedelmi viszonyokra és szegénységre vonatkozó adatai	<i>KSH</i> – jövedelmi és szegénységi adatsorai
<i>Scottish Government School Education Statistics (Skót kormányzat oktatási, köznevelési statisztikái)</i>	A központi kormányzat köznevelési rendszerre vonatkozó statisztikái	<i>Oktatási Hivatal statisztikái, KIR</i> – (Köznevelés Információs Rendszere) adatai alapján
<i>Administrative datasets for the Scottish Index of Multiple Deprivation, Scottish Government (Skót többszörös deprivációs indexsel kapcsolatos adatok)</i>	Szegénységgel és deprivációval kapcsolatos adatok, információk	<i>KSH</i> - A szegénységgel vagy társadalmi kirekesztődéssel kapcsolatos adatsorai

Ahogy a táblázatból is látható, a legtöbb esetben rendszeresített központi állami felmérésekre, az egyes releváns szektorok rendszerszintű adatgyűjtésre vagy nemzetközi kutatások (pl. HBSC) adataira épít a Skóciában kidolgozott indikátorrendszer. A táblázat alapján az is megállapítható, hogy a főbb adatkörök Magyarországon is rendelkezésre állnak, melyek jó kiindulópontként szolgálhatnak a hazai indikátorkészlet konkrét indikátorainak



meghatározásakor is. Fontos azonban megvizsgálni, hogy a rendelkezésre adatforrásokból mennyire nyerhetőek ki valid, nemzeti szint alatti területi bontásban (megyei vagy akár járási szinten) is felhasználható adatok.

5.2.4. Összegezés, fontosabb megállapítások a Skóciában kidolgozott indikátorrendszer alapján

A Skóciában a gyermek-és fiatalok mentális egészségére vonatkozóan kidolgozott indikátorrendszer kidolgozás folyamata, valamint a véglegesített indikátorrendszer több szempontból is hasznos tapasztalatokkal szolgálhat a jelen részfeladat szempontjából.

Az első kiemelendő tapasztalat, az indikátorrendszer kialakításának lépései. Fontos, hogy a bizonyítékokon alapuló, idáltképes indikátorrendszer keretét vázolták fel, majd ebből kiindulva nézték, hogy mely mutatók beemelése reális, hol vannak meg a szükséges adatforrások és hol vannak még adathiányok. Szintén kiemelendő, hogy az indikátorrendszer hosszútávra épít, tehát a végleges indikátorkészletben is maradtak olyan indikátorok, melyekhez a szükséges adatok biztosítása a mai napig sem megoldott. Tulajdonképpen, így az indikátorrendszer azt is indikálja, hogy hol vannak még hiányosságok az adatgyűjtési, monitorozási rendszerekben, milyen további fejlesztések szükségesek ezeken a területeken. A kialakítási folyamatban bevontak köre is figyelemreméltó, főleg, hogy a vizsgálandó célcsoportot, vagyis a gyermek-és fiatalokat is bevonták, fókuszcsoportos vizsgálat keretében.

Szintén felhasználható az elméleti keretrendszer, mely kialakításra került az egyes konkrét indikátorok meghatározása előtt. A mentális egészségi állapotra vonatkozó és a kontextuális indikátorok szétválasztása, majd az egyes alkategóriák jó példaként szolgálhatnak a magyarországi indikátorrendszer kialakításához is.

5.3. Gyermek-és fiatalok mentális egészségére vonatkozó indikátorok meghatározása szubnacionális szinten

Azon országokban ahol egyáltalán van a gyermek-és fiatalok mentális egészségével részben vagy teljesen foglalkozó indikátorrendszer, ott általában országos szintű indikátorrendszer kerültek kialakításra, melyek általában csak részben használhatóak az



országokon belüli, területi összehasonlító elemzések megvalósítására is.⁹ Ennek fő oka, hogy az indikátorokhoz felhasznált adatforrások általában csak, nemzeti szinten állnak rendelkezésre, nem bonthatóak le, kisebb területi szintekre.

Specifikusan nemzeti szint alatti, térségi indikátorrendszerek azon államokban kerültek kidolgozásra, melyek decentralizált, föderalisztikus államberendezkedéssel rendelkeznek (pl. Ausztrália, Kanada, Dél-Afrika), ahol az egyes szövetségi államok között jelentős eltérések lehetnek mind az egyes ellátórendszerek működésében, finanszírozásában, illetve az ezekhez kapcsolódó jogszabályi környezetben. A szubnacionális indikátorrendszerek bemutatását ettől függetlenül azért tartjuk fontosnak, mivel maga az indikátorrendszerek kidolgozása, illetve az adott közigazgatás szinten gyűjthető adatok körének, a helyi szinten rendelkezésre álló adatforrások megismerése számunkra is hasznos lehet a magyarországi indikátorrendszer kialakítása során. Kiemelten azon vonatkozásban, hogy milyen indikátorok lehetnek alkalmasak egyes közigazgatási egységek (járás, megye, régió) mutatóinak összehasonlítására. Ehhez a Kanadai British Columbia (Brit-Kolumbia) tartomány indikátorrendszerének kialakítási folyamatát fogjuk röviden ismertetni a következőkben.

5.3.1. A tartományi szintű indikátorrendszer kialakításának folyamata¹⁰

Az indikátorkészlet kidolgozásának kiindulópontja annak felismerése volt, hogy a jelentős közvetlen és közvetett társadalmi betegségterhet jelentő mentális betegségek csak akkor előzhetőek meg, illetve kezelhetőek adekvátan, ha a különböző szektorok komplex, bizonyítékokon alapuló beavatkozásokat valósítanak meg. Ezen beavatkozások tervezéséhez és megvalósításához nélkülözhetetlen a valós helyi lakosság szükségleteinek megismerése, valamint az egyes beavatkozások által elérni kívánt változások nyomon követési rendszerének kidolgozása. Ezen előfeltételekhez szükséges egy olyan indikátorrendszer kidolgozása, mely lehetővé teszi egy adott területen élők mentális egészségi állapotában, illetve azt befolyásoló tényezőkben bekövetkező változások nyomon követését. Az indikátorrendszer szükségességét

⁹ Peter Azzopardi, Elissa Kennedy, and George Patton: Data and indicators to measure adolescent health, social development and well-being; Innocenti Research Brief Melbourne 2017.

¹⁰ A fejezetben szereplő információk az alábbi publikációból származnak: Charlotte Waddell, Cody A. Shepherd, and Alice Chen: Creating Comprehensive Children's Mental Health Indicators for British Columbia, Canadian Journal of Community Mental Health Vol. 32 NO. 1. 2013



bemutató anyag azt is kiemeli, hogy a mentális betegségekkel összefüggésbe hozható gazdasági teher éves szinten 51 milliárd kanadai dollár Kanadában¹¹. (2011-as árfolyamon átszámolva, 10,2 billió Ft.), így ezen, problémák már gyermekkortól történő megelőzése, korai felismerése és kezelése nemzetgazdasági szempontból is kiemelt jelentőségű.

Ennek megfelelően a British Columbia's Ministry of Children and Family Development (Brit Kolumbiai Gyermek és Családügyi Minisztérium) kanadai egyetemek (pl. University of British Columbia, McMaster University) bevonásával kezdte meg az indikátorkészlet kidolgozását. Fontos szempontként jelent meg, hogy olyan interprofesszionális és interszektoriális szakember gárda álljon össze, mely a mentális egészség és azt befolyásoló tényezők lehetséges dimenzióit teljességükben átgondolva tudják kialakítani az indikátorrendszer alapján képező elméleti keretrendszert, majd azt olyan indikátorokkal feltölteni, mely figyelembe veszik az egyes érintett szektorok sajátosságait és kapacitásait.

Ezen ponton érdemes megemlíteni, hogy az indikátorrendszer kidolgozásában érintett szakemberek is kiemelték, hogy a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségi állapotában, illetve az befolyásoló tényezőkben bekövetkező változások ideális nyomon követéséhez és monitorozásához szigorú szakmai keretet között és rendszeresen megismételt, interszektoriális epidemiológiai vizsgálatok megvalósítására lenne szükség, melyek azonban annyira költségigényesek, hogy még a jobb gazdasági helyzetű országok sem tudnak hosszútávon ilyen vizsgálatokat megvalósítani. Ennek megfelelően az indikátorkészletnek is olyan adatokra kell alapulniuk, melyek az egyes szektorok vagy intézmények számára rendszeresített adatgyűjtéseken alapulnak, illetve figyelembe kell vennie az, érintet szektorok már meglévő indikátorkészleteit is. (pl. az egészségügyi ellátórendszer teljesítményére vonatkozó indikátorkészlet.)

A fenti premisszák megállapítása után a konkrét indikátorkészlet kialakításának folyamat a Brit-Kolumbiai döntéshozók bevonásával és véleményük megismerésével kezdődött, ahol a döntéshozók ismertethették a véleményüket, kapcsolódó fejlesztési javaslataikat (pl. Közigazgatás keretében megvalósuló IT fejlesztések, melyek az adatgyűjtéseket is

¹¹ Smetanin et al. The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011-2041. Prepared for the Mental Health Commission of Canada. Toronto: RiskAnalytica. (2011).



megkönnyítik) és a közigazgatásban jelenleg is használt adatbázisokat és rendszeresített adatgyűjtéseket.

A döntéshozók véleményeinek és javaslatának megismerése után az átfogó elméleti keretrendszer kialakítására került sor. A keretrendszer kialakításának célja volt, hogy minden olyan potenciális aspektus azonosításra és figyelembe vételre kerüljön, melyek befolyásolják a gyermek-és fiatalkorúak mentális egészségi állapotát. Ez azért is fontos, hogy az indikátorkészlet összeállítása ne csak „adatvezérelt legyen”, tehát a mentális egészségről való gondolkodást ne csak az elérhető adatok köre befolyásolja, esetlegesen korlátozza.

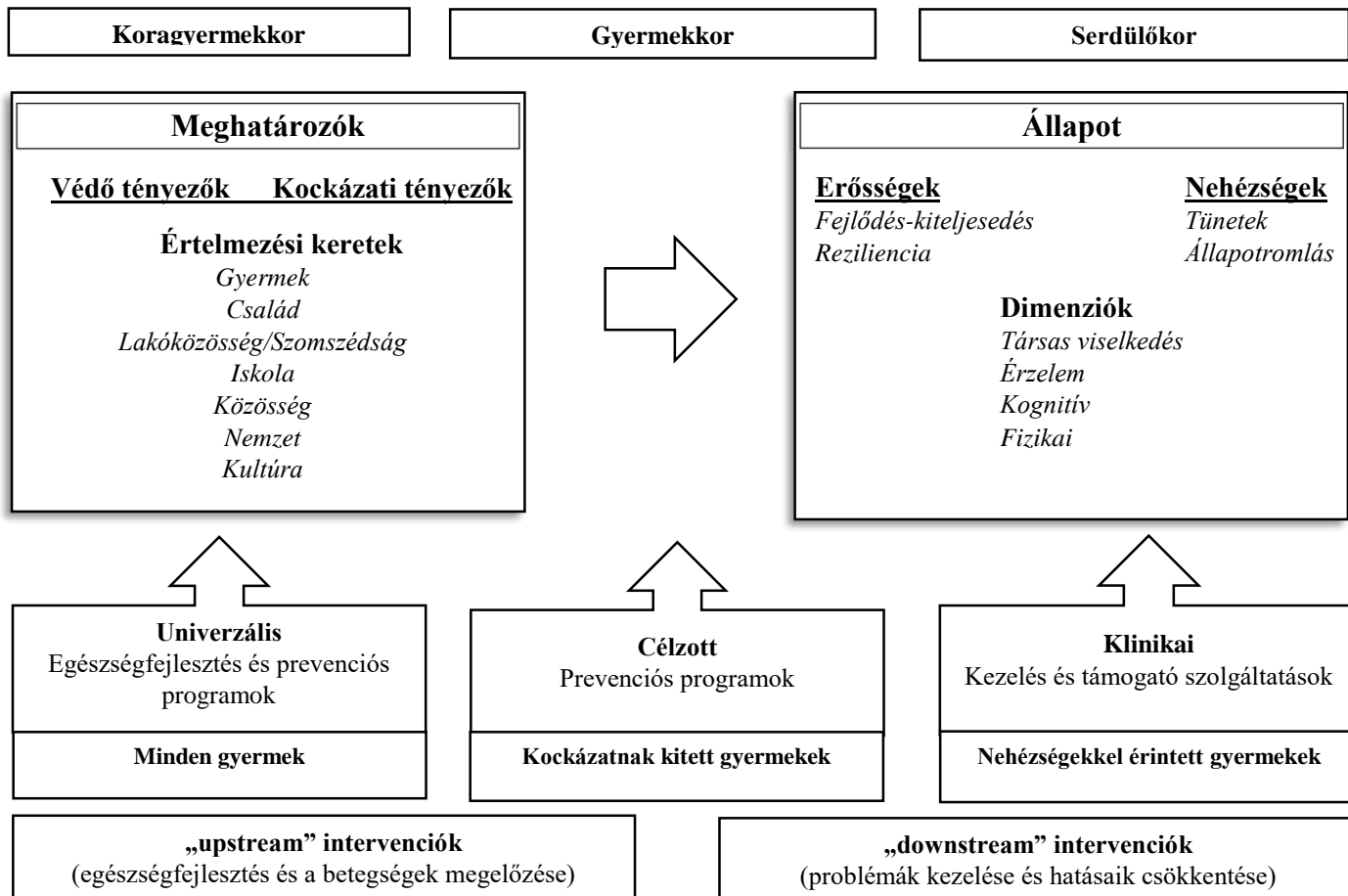
Az elméleti keretrendszer kialakítása után a keretrendszer egyes dimenzióhoz rendelt potenciális indikátorok meghatározására került sor, figyelembe véve más indikátorrendszerek potenciálisan kapcsolódó indikátorait, valamint az országos szintre meghatározott indikátorokat és az elérhető adatbázisokat is.

A konkrét indikátorok és azokhoz kapcsolódó adatforrások meghatározása után történt meg az indikátorrendszer üzembe állítása. Fontos megjegyezni, hogy az indikátorrendszer működtetése magába foglalja az egyes indikátorok és adatforrások ciklikus felülvizsgálatát, indikátorok módosítását, akár egyes indikátorok kivételét és újabb indikátorok kialakítását is.

5.3.2. Az indikátorrendszer elméleti keretrendszere¹²

Az indikátorrendszer kidolgozásában résztvevő szakértők olyan elméleti keretrendszert szerettek volna kidolgozni, ami figyelembe veszi a gyermek-és fiatalkor különböző fejlődési szakaszait, a mentális egészséget meghatározó egyéni (genetika, életmód) és közösségi tényezőket (pl. épített környezet, ellátórendszer), illetve a lehetséges prevenciók beavatkozásos típusait is. Ezen szempontok alapján kialakított keretrendszer az alábbi ábrán mutatjuk be.

¹² A fejezetben szereplő információk, illetve az ábra az alábbi publikációból származik: Charlotte Waddell, Cody A. Shepherd, and Alice Chen: Creating Comprehensive Children's Mental Health Indicators for British Columbia, Canadian Journal of Community Mental Health Vol. 32 NO. 1. 2013



A bemutatott indikátorrendszer egyik fontos sajátossága, hogy az elméleti keretbe (és így magába az indikátorrendszerbe is) beleveszi, az egyes prevenció, egészségfejlesztési tevékenységek megvalósításához kapcsolható indikátorokat is. Szintén kiemelő, hogy a korábban bemutatott példáktól némileg eltérően, az egyéni szinten értelmezhető indikátorok erősségek és gyengeségek szerint kerülnek kategorizálásra.

A fentiekben bemutatott nemzetközi példák, a Magyarországon is rendszeres időközönként megvalósuló, kutatások (HBSC, 2014; ESPAD, 2015; Magyar Ifjúság, 2016) és a felvett interjúk alapján a mentális egészséget leíró indikátorok főbb dimenzióiként az alábbiakat javasoljuk:

- **Egyéni szintű mentális egészség indikátorok**
 - **Betegség-specifikus halálzási mutatók**
- **Közösségi szintű mentális egészség**



- **Strukturális – Ellátórendszeri indikátorok**
- **Szocio-demográfiai indikátorok**
- **negatív és pozitív lelki indikátorok**
- **diagnosztikus tesztek és interjú-rendszerek,**
- **egészségmagatartással kapcsolatos indikátorok.**

6.1. Negatív és pozitív lelki indikátorok

A *negatív lelki egészség indikátorok* lehetnek pl. mentális zavarok (pl. figyelemzavar hiperaktivitással), érzelmi tünetek, szociális nehézségek, szomorúság, depresszió, szorongás. *Pozitív lelki egészség indikátorok* lehetnek pl. az étellel való elégedettség, aspirációs index, életszemlélet, optimizmus, társas támasz, megküzdési készség és erőforrások, egészségmegőrző viselkedés.

Egyéb lelki egészség indikátorok/egészségmagatartás szempontjából lehetnek pl. alkohol abúzus, kábítószerrel kapcsolatos zavarok, öngyilkosság, önsértés, bullying (zaklatás), internet és online játékok használatának gyakorisága.

Számos indikátor létezik, amelyek lényeges információt adhatnak a gyermekek, fiatalok lelki egészségének monitorizálásához, de nagyrésztük vizsgálata csak további kutatásokkal, hosszú távú követésekkel valósíthatók meg. Vizsgálataikra, követésükre gyorsan és könnyen hozzáférhető, jól használható, valid, bizonyos területek összehasonlítására alkalmas adatok nem állnak rendelkezésre. Ezen indikátorok nemzetközi gyakorlatban használt, validált módszerekkel, tesztekkel lennének mérhetőek, hosszútávon követhetők.

6.1.3. Diagnosztikus tesztek és interjú-rendszerek

A diagnosztikus tesztek, interjúk, rendszerek eredményei jelenleg főleg a szakellátásba, gondozásba kerülőkről szolgáltatnak információkat. A szakellátásban nem kezelt gyerekek és fiatalok esetében nem alkalmazhatók, első korai azonosításra, gyors szűrésre nem alkalmasak.

A mentális zavarok pontosabb meghatározása az egészségügyi ellátásban különböző etiológiai alapú diagnosztikus rendszerek (DSM-V, BNO) segítségével történik. A lelki egészséget érintő problémák sokszor nem érik el a diagnosztizálható zavar kritériumait, de jelentős



funkcióromlással járhatnak. A lelki egészségről, és összetevőiről a jóllét néhány egészséghez kapcsolódó összetevőjéről, a "megfelelő funkcionálásról" (pl. oktatás, munkavégzés) az FNO osztályozási rendszer árnyaltabb, pontosabb, olykor átfogóbb képet tud adni.

- Az *FNO* számos területet átfogó osztályozási rendszer. Célkitűzései között szerepel az egészség és az egészséghez kapcsolódó állapotok mindenki számára érthető és értelmezhető leírása, így javulhat a kommunikáció, a megértés a különböző felhasználók között, több szektor is alkalmazhatja a közös nyelvet beszélve. A testi funkciók mellett külön fejezetben jelennek meg a tevékenységek és a részvétel, és külön fejezetben a kontextuális (környezeti és személyes) tényezők (Egészségügyi Világszervezet, 2001).

A WHO 2007-ben megjelentette az FNO Gyermek- és Ifjúsági változatát. (Angol megnevezése International Classification of Functioning, Disability and Health, Child and Youth Version / ICF-CY). (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version,, 2007. WHO)

A nemzetközi gyakorlatban az FNO használata rohamosan terjed és nemcsak az orvosi rehabilitációban, hanem a rehabilitáció többi területén is.

Magyarországon az FNO használata nem terjedt el, pedig számos területről, a valódi funkcionálásról egymással összehasonlítható információk lennének nyerhetőek. Bár egyes intézetekben rögzítik az FNO kategóriákat, de ez csak általában finanszírozás céljából előírt néhány FNO kategória. (Belicza & Kullmann 2009)

- A diagnosztikus tesztek közül a *képességek és nehézségek kérdőív (SDQ)* számos területen átfogóan használható, a viselkedési, érzelmi, lelki zavarok egyszerű és gyors szűrésére.

Az SDQ kérdőív olyan rövid és egyszerűen kitölthető és értékelhető kérdőív, mely nem csak a problémákat, de a gyermek képességeit, proszociális viselkedését is méri. 25 tételt tartalmaz, 5 faktorban: hiperaktivitás, érzelmi tünetek, magatartás, kortárskapcsolatok, proszociális magatartás.

Tartalmaz néhány kiegészítő tételt, melyek a problémák családi és iskolai közösségre való



hatását is felméri. Létezik egy szülői/pedagógiai kérdőív, illetve önkitöltős forma is 11 éven felülieknek.

Alkalmazása már az iskolás kor előtti szakasztól javasolt a korai észletést igénylő tünetek, rizikótényezők, illetve fokozott vulnerabilitás esetén. **Házi gyermekorvosi/háziorvosi/iskolaorvosi, iskolapszichológusi, védőnői, szociális munkás általi konzultációk alkalmával is felvehető.** Segíthet a minél korábbi diagnosztizálásban, a tünetek követésében, illetve az érintett gyermek/fiatal kezelésbe való bevonódásának támogatásában,

- *A jól-lét skála* hosszú távú követésre is alkalmas mérőeszköz, amelyet a mentális jól-lét mérésére használnak.

A mérőeszköz magyar adaptációjának bemérésére a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés során került sor (Rózsa és mtsai, 2003), majd a skála validálásának eredményeit Susánszky és munkatársai (Susánszky, 2006) publikálták. A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5), magyar nyelvű, valid változata is elérhető. (Hungarostudy 2002; Szabó, 2016) A WHO Jól-lét skálája eredetileg felnőtteknek készült, azonban vizsgálták a gyermekek és a serdülők körében való alkalmazási lehetőségeit. A kutatási eredmények rámutattak, hogy az eszköz megfelelő validitással alkalmazható a 9–12 évesek és a 13–16 évesek körében is (Allgaier és mtsai, 2012). Szabó és munkatársai a mérőeszközt kipróbálták magyar gyermekek mintáján a későbbi alkalmazhatóság vizsgálata érdekében. Az eszköz alkalmas lehet a lelki egészség monitorozására, programok követésére, és hatékonyság vizsgálatára egyaránt. A WBI-5 rövidege és egyszerű alkalmazhatósága következtében a közoktatásban, szociális szférában való használata egyszerű, az adatgyűjtés gyors, a tanulók számára nem megterhelő, akár félévente is megismételhető (Szabó, 2016). Ennek ellenére jelenleg a mérőeszközt a gyakorlatban nem használják, nem terjedt el. Ennek számos oka lehet, többek között nincs külső szabályozása, felvételhez-értékeléshez nincsenek kijelölve kompetens személyek, a szakdolgozók túlterheltek és az ellátók felől sem fogalmazódik meg igény.

- A szorongás és depresszió diagnosztikus tesztelésére és szűrésére számos Magyarországon is adaptált vizsgálat áll rendelkezésre (egyszerűbb és gyorsabb pl.



Spielberger szorongás teszt, Gyermek Depressziós teszt vagy szűrésre alkalmas a később részletezett SDQ).

- Az elektronikus médiahasználat szintén fontos tényező a lelki egészség szempontjából.

A serdülők növekvő internethasználata fokozódó kockázatot jelent a serdülők és a társadalmunk mentális egészségi mutatóit tekintve. A túlzott mértékű közösségi média és online játékok használata szélsőséges esetekben szerfüggőségig terjedő tünetekhez is vezethetnek, úgy, mint hangulatváltozás, a játék iránti folyamatos vágy és tolerancia kialakulása. (Kuss, Griffiths, 2012).

Megvizsgáltunk egy 101 tanulmányt összegző 2015-s metaanalízist (Ferguson, 2015), melynek célja, hogy összehasonlítsa azon vizsgálatokat, melyek a számítógépes játékok hatásait nézték a gyermekek és fiatalok mentális egészségére és viselkedésmintázataira vonatkozóan. Jelen metaanalízis konklúziója, hogy a videojátékok – akár agresszív, akár békés tartalmúak – bár kis mértékben, de hatást gyakorolnak a gyermekek jóllétére („well-being”).

Lelki egészség szempontjából a könnyebben vizsgálható demográfiai adatokat mellett szükséges tehát vizsgálni a számítógép- és médiahasználatot is különböző szempontok szerint, pl. hogy mennyi időt töltenek a gyermekek egy adott időszakban média- és internethasználattal, vagy hogy ez alatt milyen – pl. mennyire kompetitív, együttműködő, korosztály-besorolás szerinti stb. – tartalmakat fogyasztanak.

Maga a játék azért is olyan népszerű a fiatalok számára, mert annak során virtuális alteregókat hozhatnak létre, egy alternatív világ részeseivé válhatnak, s konkrétan bármikor és bárkivel játszhatnak. Az *Entertainment Software Association* (ESA) felmérése szerint a játékosok 25 %-a kiskorú, vagyis 18 év alatti, és 60%-uk fiú. A felmérés további eredményei szerint a szülők 25 %-a nem szab határt gyermeke internetezési szokásainak, és 17 %-uk nem korlátozza a videó és számítógépes játékok használatát sem (ESA, 2010). Ezen statisztikákból úgy tűnik, hogy a játék, különösen az online játékok a gyermekek és serdülők szabadidős tevékenységének szerves részét képezi (Kuss és Griffiths, 2012).

Egyes vizsgálatok szerint (Cao és mtsai, 2007; Yen és mtsai, 2007) megnövekedett szignifikáns kapcsolat fedezhető fel az internetfüggőség és az ADHD – vagyis a



figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar – szimptomái között, továbbá ez az egyik leggyakoribb, internetfüggőséggel komorbid pszichiátriai kórkép is. (Az ADHD jelentőségét később részletezzük.)

Kutatások támasztják alá azt is, hogy az internethasználat összefüggésbe hozható az alacsony szociális készségekkel. A nehezebben szocializálódó online felhasználók számára az internet egy biztonságos módjává válik a kapcsolatteremtésnek. A szociális fóbia előrejelezheti az internetfüggőség előfordulását, ezzel szemben a súlyos mértékben internetet használóknak ugyan számos társas kapcsolata lesz online, de kevesebb szemtől-szembeni (Chou és mtsai, 2017). Az internetfüggőség nemcsak a mentális egészségre, de az interperszonális kapcsolatokra és az iskolai teljesítményre egyaránt káros hatással van. Chou és mtsai (2017) kutatásának eredményei szerint a társas készségekben megfigyelhető deficitek szignifikáns kapcsolatban állnak az internetfüggőség megnövekedett voltával, az internetes játékok használatával és a filmezéssel.

A problémás internethasználat mérésére alkalmas szűrő és diagnosztikai tesztek közül az önbevalláson alapuló, kérdőíves módszerek a legelterjedtebbek. Többek között például: *Internet Addiction Test (IAT, 20 tétel)*, *Chen Internet Addiction Scale (CIAS, 26 tétel)*, *Young Diagnostic Questionnaire (YDQ, 8 tétel)*. Utóbbinak azonban már létezik a szülők számára kialakított verziója is, mely segítségével a szülők is értékelhetik gyermekeik problémás internethasználatát (*Parental version of the Young Diagnostic Questionnaire (PYDQ, 8 tétel)*) (Wartberg és mtsai., 2016).

6.2. Szocio-demográfiai indikátorok

A szocio-demográfiai indikátorok között például az alábbiak szerepelnek: családszerkezet, jövedelem, szülők iskolai végzettsége, szülők munkahelyi státusza, szülők mentális betegsége, lakóhely típusa stb. A szocio-ökonómikus státusz a mentális egészség szempontjából rizikó vagy protektív tényező lehet. (Ferguson, 2015; Kelly és mtsai, 2010)

A gyermekek jól-létét a családon belüli erőszak, és a családban előforduló mentális rendellenességek mellett nagymértékben befolyásolja a szegénység (SES: szocio-ökonómiai státusz).(Ferguson, 2015).



A szociális területen való korai intervenció, beavatkozás, önmagában is fontos tényező a lelki egészség szempontjából is.

A hátrányos helyzetű (alacsonyabb szocio-ökonómiai státusz) vagy a több pszichoszociális stresszt átélt gyermekek gyakrabban jellemezhetőek szomatizációs tünetképződéssel. A szociális rizikótényezők közvetlenül a megjelenésük után könnyebben és hatásosabban feldolgozhatók, mint a személyiség megszilárdulásával, idősebb életkorban (ezért is indokolt a korai intervenció és ellátásba vétel). (Kelly és mtsai, , 2010).

Jelenleg a különböző szektorok adatközlései és pl. az Országos Kompetencia Mérés adatai számos összehasonlítható adatot tartalmaznak a szocio-ökonómiai státuszra vonatkozóan is.

(részletezve lásd. Országos Kompetencia Mérés c. melléklet)

- A diagnosztikus tesztek, interjúk, rendszerek eredményei jelenleg főleg a szakellátásba, gondozásba kerülőkről szolgáltatnak információkat. A szakellátásban nem kezelt gyerekek és fiatalok esetében nem alkalmazhatók, első korai azonosításra, gyors szűrésre nem alkalmasak.

A mentális zavarok pontosabb meghatározása az egészségügyi ellátásban különböző etiológiai alapú diagnosztikus rendszerek (DSM, BNO) segítségével történik. A lelki egészséget érintő problémák sokszor nem érik el a diagnosztizálható zavar kritériumait, de jelentős funkcióromlással járhatnak. A lelki egészségről, összetevőiről a jóllét néhány egészséghez kapcsolódó összetevőjéről, a "megfelelő funkcionálásról" (pl. oktatás, munkavégzés) az FNO osztályozási rendszer árnyaltabb, pontosabb, olykor átfogóbb képet tud adni.

Az FNO számos területet átfogó osztályozási rendszer. Célkitűzései között szerepel az egészség és az egészséghez kapcsolódó állapotok mindenki számára érthető és értelmezhető leírása, így javulhat a kommunikáció, a megértés a különböző felhasználók között, több szektor is alkalmazhatja a közös nyelvet beszélve. A testi funkciók mellett külön fejezetben jelennek meg a tevékenységek és a részvétel, és külön fejezetben a kontextuális (környezeti és személyes) tényezők. (Egészségügyi Világszervezet, 2001).

A WHO 2007-ben megjelentette a Gyermek- és Ifjúsági változatot. (Angol megnevezése International Classification of Functioning, Disability and Health, Child and Youth Version /



ICF-CY). International Classification of Functioning, Disability and Health – Children and Youth Version. Geneva, 2007. WHO.

A nemzetközi gyakorlatban az FNO használata rohamosan terjed és nemcsak az orvosi rehabilitációban, hanem a rehabilitáció többi területén is.

Magyarországon az FNO használata nem terjedt el, pedig számos területről a valódi funkcionálásról egymással összehasonlítható információk lennének nyerhetők. Bár egyes intézetekben rögzítik az FNO kategóriákat, de ez csak általában finanszírozás céljából előírt néhány FNO kategória. (Belicza & Kullmann 2009)

A diagnosztikus tesztek közül a *képességek és nehézségek kérdőív (SDQ)* számos területen és átfogóan is használható, a viselkedési, érzelmi, lelki zavarok egyszerű és gyors szűrésére

Küszöbérték nem határozható meg, a pontszám változás korrelál a mentális betegségek megjelenésének valószínűségével. (Turi és mtsai, 2011).

A gyermek képességeit, proszociális viselkedést is méri, nemcsak a problémákat. 25 tételt tartalmaz, 5 faktorban: hiperaktivitás, érzelmi tünetek, magatartás, kortárskapcsolatok, proszociális magatartás.

*A kérdőív rövid, egyszerűen kiölhető. Tartalmaz néhány kiegészítő tételt, melyek a problémák családi és iskolai közösségre való hatását is felméri. **Szülő/pedagógus** ugyanazt a kérdőívet tölti ki, illetve önkitöltős forma (11 év fölött) is létezik. Értékelése egyszerű.*

*Alkalmazása már az iskolás kor előtti szakasztól javasolható a korai észletést igénylő tünetek, rizikófaktorok, fokozott vulnerabilitás esetén. **Házi gyermekorvosi/háziorvosi/iskolaorvosi, iskolapszichológusi, védőnői, szociális munkás általi konzultációk alkalmával is felvehető.** Segíthet az érintett gyermek/ fiatal kezelésbe való bevonódásának támogatásában, a minél korábbi diagnosztizálásban, a tünetek követésében.*

6.3. Pozitív lelki egészség

A mentális egészség elméleti koncepciója kapcsán kiemelendő a rizikó- és protektív modell, amely jó alapként szolgál mind kutatásokhoz, mind az egészségfejlesztési programokhoz egyaránt, mint empirikusan megalapozott keretrendszer (Jessor, 1993). A hajlamosító tényezők,



vagy rizikófaktorok, illetve az ezek kombinációja mentén kialakított rizikócsoporthoz azonosítása a prevenció és intervenció megtervezéséhez egyaránt nélkülözhetetlen információval szolgálhat. Számos kutatás azonban sokáig csak a kockázati tényezők feltérképezésére koncentrált. Napjainkra világossá vált, hogy számos rizikó faktor olyan mélyen gyökerezik a társadalomban, a kultúrában, vagy akár az egyén mikrokulturális terében, hogy azok megváltoztatása kiemelten nehéz és hosszadalmas folyamat. Ugyanakkor egy fókuszváltás következtében a rizikótényezők erőn felüli megváltoztatását félretéve, elsősorban a védőfaktorok felkutatására és megerősítésére koncentrálnak lényeges előrehaladás lehetséges. A protektív faktorok erősítésével ugyanis még a legreménytelenebbnek tűnő helyzetben is képessé válhat az egyén arra, hogy megbirkózzon problémáival (Jessor, 1993). Ezek a védelmet jelentő tényezők képesek a kockázati helyzetek okozta káros hatásokat semlegesíteni (Fredrickson, 2001).

A pszichológia tudományrendszerében, napjainkban egyre nagyobb tért hódít a pozitív pszichológiai koncepció, amelynek célja azon tényezők felkutatása és megerősítése, amelyek mind egyéni, mind pedig közösségi szinten a jóllétét segítik elő (Seligman és Csikszentmihalyi, 2000). Ahogy Pikó és Piczil 2004-es kvalitatív kutatásában egy fiatal megfogalmazta: „*a drog helyett kellene valami más*”. Seligman a kreativitás kiélését, a jövőorientáltságot, vagy a szociális készségek fejlesztését ajánlja protektív tényezőként, amelyek megakadályozhatják a fiatalokat abban, hogy a pszichoaktív szerek felé forduljanak. A pozitív pszichológia tehát nem „modern boldogságtan”, nem tagadja a traumák vagy a negatív érzelmek létjogosultságát. Éppen ellenkezőleg: ezen események sikeres feldolgozásához kíván hozzájárulni pozitív beavatkozási lehetőségekkel (Seligman, 2002).

6.3.1. Pozitív lelki egészség indikátorok (serdülők körében alkalmazható kérdőívek)

1. Társas támasz

Számos kutatás igazolta a társas támasz fontosságát és hatékonyságát a stresszorokkal szembeni megküzdésben, valamint a nehéz életesemények káros következményeinek mérséklésben, ezáltal a fizikai és mentális egészség fenntartásában (Makó és mtsai, 2016). A társas támasz mentális egészséggel és betegségekkel mutatott összefüggéseit igazolja többek között Kovács és Pikó (2009) serdülőkkel végzett kutatásának eredménye, mely szerint a szülőktől kapott



társas támogatás hiánya, valamint az anyával és az apával való szoros kapcsolat hiánya alacsonyabb étellel való elégedettséggel jár együtt, továbbá növeli a depresszió megjelenésének valószínűségét.

A társas támasz jelenségének mérésére kidolgozott, nemzetközi tanulmányokban is gyakran alkalmazott vizsgálóeljárás, a Medical Outcomes Study Social Support Survey (továbbiakban MOS SSS, Sherbourne és Stewart, 1991), melynek Makó és mtsai 2016-ban elvégezték a magyarországi adaptációját is. A MOS SSS 20 tételes kérdőív a bizalmi kapcsolatok számát, illetve a szociális háló kiterjedtségét méri fel, könnyen, jól alkalmazható, akár csoportos felmérésre is alkalmas.

2. Életszemlélet (optimizmus)

Az optimizmus a viselkedésre gyakorolt pozitív hatásánál fogva a fizikai és lelki egészséggel, valamint az általános jólléttel egyaránt kapcsolatban van. A diszpozicionális optimizmus hatásaival összefüggésben vizsgálták a megjelenő testi tünetek számát (pl.: Wengler, Rosen, 1995), vagy a betegségekből való felgyógyulás idejét is (pl.: szívkoszorúér betegség esetén: Mahler, Kulik, 2000). Többek között ezek a vizsgálatok is alátámasztják, hogy a magasabb optimizmusszint kevesebb testi tünettől, rövidebb gyógyulási idővel és ezáltal a mortalitási veszély csökkenésével jár együtt (Bérdi & Köteles, 2010).

Az optimizmus-pesszimizmus jellemzők vizsgálatára az Élet Orientációs Teszt – átdolgozott változata alkalmazható (LOT-R) mely egy 10 tételes, önkitöltős kérdőív. Az eljárást adaptálták magyar nyelvre is (Bérdi & Köteles, 2010), így elérhető és könnyen alkalmazható, akár csoportos kitöltés, vagy online kérdőív formájában is.

3. Élettel való elégedettség

A pozitív lelki egészség, vagy a szubjektív jóllét (well-being) és pozitív életminőség (quality of life) egyik leggyakrabban alkalmazott összetevője az élettel való elégedettség. Az élettel való elégedettség az egyén általános életminőségének egyfajta kognitív kiértékelése, a vizsgált személy saját kritériumai mentén (Diener és mtsai, 1985).

Az Élettel Való Elégedettség Skála (SWLS) Diener és munkatársai által kidolgozott 5 tételes önkitöltésen alapuló kérdőív. A serdülőknek hétfokú Likert skálán (1=egyáltalán nem ért egyet,



2=nem ért egyet, 3=inkább nem ért egyet, 4=semleges, 5=inkább egyetért, 6=egyetért, 7=teljesen egyetért) kell értékelniük, hogy milyen mértékben értenek egyet az adott állítással. A vizsgált személy szubjektív jóllétét a saját életére vonatkozó értékelésével méri fel (Martos és mtsai, 2014).

4. Pozitív és negatív érzelmek gyakorisága

A mindennapi jóllét jelentős forrásai a hétköznapok során átélt pozitív élmények és érzelmi állapotok. A pszichológiai kutatások terén azonban csak az elmúlt néhány évben mutatkozik intenzívebb érdeklődés a pozitív érzelmek iránt (N. Kollár és Szabó, 2004). Fredrickson (2001) szerint a pozitív érzelmek alkalmasak a negatív érzelmi állapotok „mellékhatásainak” kijavítására is. A pozitív érzelmi állapotok a szív- és érrendszer, valamint az egész szervezet „nyugodtabb” állapotával járnak együtt (N. Kollár és Szabó, 2004). Fredrickson kutatásai nyomán a pozitív érzelmek megjelenése tágitja a figyelem fókuszát, a kogníciót és a cselekvések körét, továbbá erősítik a testi, intellektuális és társas erőforrásokat is (Fredrickson, 2000).

A pozitív és negatív érzelmek gyakorisága kérdőívben 4 pozitív, illetve negatív érzelem (boldog, vidám, elégedett, derűs, elégedetlen, szomorú, rosszkedvű, csalódott) elmúlt két hétben tapasztalt gyakoriságára kérdeznak rá. A vizsgálati személyeknek 7 fokú Likert-skálán kell értékelniük az egyes érzelmi állapotokat. Kiértékeléskor a pozitív és negatív érzelmeket külön átlagoljuk (Martos és mtsai, 2014).

5. Aspirációs index

Általános feltételezés a pszichológiában, hogy a célok motivációs erővel bírnak és részt vesznek a magatartás szabályozásában, ezáltal hatással vannak mind a testi mind a lelki egészségre (pl. Carver és Scheier 2002). A célokhoz kapcsolódó kognitív és affektív értékelések jellemzőiről kimutatták, hogy a testi-lelki egészség fontos prediktív tényezői (pl. a célok iránti elkötelezettség, vagy a célok megvalósításához szükséges képességek mértéke) (Martos és mtsai, 2006).

Maguk az aspirációk hosszú távú, általános célok, amelyek a személy életében kiemelt szerepet játszó motívumokat fejezik ki. A kérdőív önkitöltős és a 14 tételre rövidített változata gyorsan



és egyszerűen felvehető csoportos formában is. A vizsgálati személyeknek 7 fokú Likert skálán kell értékelniük az állításokat. A mérőeszköz magyar adaptációja megtörtént (Martos és mtsai, 2006).

7. JELENLEG VIZSGÁLHATÓ LELKI EGÉSZSÉGET LEÍRÓ INDIKÁTOROK, MELYEK ALKALMASAK MAGYARORSZÁGON KÖLÖNBÖZŐ TERÜLETEK ÖSSZEHASONLÍTÁSÁRA ÉS HOSSZMETSZETI KÖVETÉSRE.

A WHO (2001) definícióját alapul véve, a lelki egészség egyik legfőbb „mérőszáma”, kórképekkel összefüggő lelki egészséggel kapcsolatos indikátora lehet a főbb **mentális zavarok** jelenléte, ezek előfordulási aránya a vizsgálni kívánt populációban.

A hazai és nemzetközi mérőszámokat tekintve jól alkalmazható a betegségteher (Disability-Adjusted Life-Years) DALY-indikátor, melyet felnőttek esetében alkalmaznak: a betegség okozta halálozás miatt elvesztett és a korlátozottsággal járó éveket egyesítő mérőszám (KSH, 2010).

A 18 év alatti populációban való alkalmazhatósága:

- DALY: a betegség miatt elveszített *potenciális életévvesztés* és az *egészségkárosodásban leélt életévek* számának összege (0-18 éves korosztályban)
 - o *elveszített potenciális életévek*: a halálozások száma (0-18 éves korosztály) szorozva a halálozás bekövetkezésének évében várható standard élettartammal (években)
 - o *egészségkárosodásban leélt életévek*: az új esetek száma szorozva az egészségkárosodás súlyosságával (6 fokú skálán értékelik) és szorozva a remisszióig vagy halálig eltelt átlagos időtartammal (években)

Az adatok a vizsgált járások kórházainak jelentéseiből kinyerhetők (mind a mortalitási, mind a morbiditási adatok a 18 év alatti lakosság körében).

A WHO ajánlása alapján alakították ki, mert a halálozási mutatók önmagukban nem szolgáltak megfelelő információval egy adott populáció egészségi állapotát tekintve, valamint a morbiditást és a mortalitást is figyelembe veszi (Ádány, 2011). A KSH 2010-es adatai alapján



– a DALY-indikátor mentén - Európában a szív- és érrendszeri megbetegedések (23%) után a második legnagyobb mértékben korlátozó betegségcsoport a neuropszichiátriai kórképek összessége (19%) az unipoláris depresszió, valamint az alkohollal összefüggő rendellenességek, és az önsértések (KSH, 2010; Internet 2).

A WHO 2009-es felmérése alapján a kiskorú lakosság körében világszerte a legnagyobb betegségterhet a gyermek- és fiatalkori alultápláltság okozza, amely a fejlődő országokban komoly problémát jelent. További veszélyforrás az alacsony jövedelmű országokban a *kockázatos szexuális viselkedés*, továbbá a nem biztonságos ivóvíz készlet és a rossz higiénés viszonyok. Ezek a nehézségek jelentős számú megbetegedést és ennek következtében halálozást is okozhat. *A közepes és magas jövedelmű országokban az egészségkárosító viselkedések közül a nagymértékű alkoholfogyasztás, és a dohányzás a legelterjedtebb, továbbá a túlsúly, az elhízás, valamint a magas vérnyomás és vércukorszint vezetnek egészségkárosodáshoz és súlyosabb esetekben korai halálozáshoz is (Ádány, 2011).*

Célszerű lenne vizsgálni a súlyos elhízás és a magas vérnyomás vagy emelkedett vércukorszint mellett a drog vagy alkohol fogyasztás következtében kórházba kerülések száma mellett az említett egészségkárosító viselkedések szövődményeként kialakuló betegségek terhét egyaránt (a 18 év alatti korosztályban).

A hazai leggyakoribb pszichiátriai kórképekről a helyi pszichiátriai gondozók nyilvántartásaiból kaphatunk tájékoztatást. 2010-es adatok alapján a vezető pszichiátriai kórképek háromnegyede a következő három betegségcsoportot érinti: hangulatzavarok (32%), neurotikus és szomatoform rendellenességek (22%) és skizofrénia (20%) (KSH, 2010).

Gyermek és ifjúság ellátás szempontjából a leggyakoribb zavarok a gondozói és a gyermekpszichiátriai adatok alapján: Szorongásos és kötődési zavar, Hiperkinetikus zavar, Mentális retardáció, Pervazív fejlődési zavar, Magatartás zavar. (KSH, 2015)

Általános helyzetkép feltérképezésére vagy különböző területek összehasonlítására a következő, KSH által is alkalmazott, gondozási adatok, nyilvántartási kategóriák használhatók:

- *Gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban nyilvántartottak száma (adott év dec. 31-én)*



- *Gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban gondozásból törölt betegek száma (adott év dec. 31-én)*
- *Gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban gondozásba vett új betegek száma (adott év dec. 31-én)*
- *Kórházak aktív és krónikus gyermekpszichiátriai osztályairól elbocsátottak száma (adott év dec. 31-én)*

7.1. ADHD és addikciók

A gyermek és ifjúkorban megjelenő, lelki egészséget érintő és felnőttkorra áthúzódó, súlyos és tartós funkcióromlást okozó zavarok például az ADHD és addiktív zavarok. Epidemiológiai adatok, komorbiditás jellemzői, prognózis szempontjából is kitüntetett figyelmet igényelnek.

Nemzetközi vizsgálatok az ADHD előfordulását gyermek és serdülőkorban 1,9–12,0% között találták (Landgren és mtsai, 1996; Costello és mtsai, 1997; Scahill és SchwabStone, 2000; Brown és mtsai, 2001), míg Polanczyk és munkatársainak két metaanalízise alapján ez 5,3% ebben a populációban. (Polanczyk és mtsai, 2007; Polanczyk és mtsai, 2014).

Az ADHD diagnózisú gyermekek közel kétharmadánál, míg a felnőttek háromnegyedénél fennáll legalább egy komorbid pszichiátriai zavar, az átlagos komorbid diagnózis száma három (Pliszka és mtsai, 1998).

Ghanizadeh és munkatársai (2008) vizsgálatában az ADHD-ban érintett fiúk 92,4%, a lányoknál az esetek 78,3%-ában volt megtalálható komorbid diagnózis.

Klassen és munkatársai (2004) vizsgálatában "az ADHD diagnózisú gyermekek 68,7%-ának legalább egy komorbid pszichiátriai diagnózist találtak, 22,2%-uknak több, mint egy: 17,6%-uknak kettő, 3,8%-uknak három, míg 0,8%-nál négy diagnózis társult az ADHD-hoz".

Gyermekeknél leggyakrabban az ADHD mellett megjelenő zavarok: oppozíciós zavar (35–60%), tik zavarok (27–55%) (Freeman és mtsai, 2007; Gadow és mtsai, 2002), viselkedési zavar (36–40%) (August és mtsai, 1996; Hazell, 1997; Goldman és mtsai, 1998; MTA Cooperative Group, 1999; Green és mtsai, 1999) és tanulási zavarok (30%) (Semrud-Clikeman és mtsai, 1992). Az ADHD mellett a fentebb említett kórképeken kívül 26%-ban szorongásos zavar és 18%-ban major depresszív epizód jelenik meg (Green és mtsai 1999).



A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) az egyik leggyakrabban előforduló gyermekkori kórkép. Gyermekpszichiátriai szempontból kitüntetett figyelmet igényel. Egész életen át fennálló, az életkornak megfelelő funkciót és az életminőséget áthatóan érintő, számos komorbid állapottal jellemezhető zavar.

Az ADHD a gyermekek, fiatalok életminőségét negatív irányban nagymértékben befolyásolja. Az ADHD korai azonosításával és adekvát kezelésével a gyermek és környezetének, családjának életminősége befolyásolható, javulás érhető el. (Dallos, Balázs), (Velő, Sz., Keresztény, Á., Szentiványi, D., Balázs, J. 2013) Az ADHD krónikus, egy életen át tartó zavar, „nem lehet kinőni”. A gyermekkorban diagnosztizált betegek 70%-a serdülőkorában is erőteljesen mutatja a zavar tüneteit, és az esetek 30–60%-ában ezek a fiatal felnőttkorban is fennállnak. A figyelemzavar és társuló viselkedési problémák, szociális nehézségek miatt a gyerekek gyakran képességeikhez mérten alulteljesítenek, jellemzően alacsonyabb iskolai végzettségűek. Kezelés hiányában az ADHD-s serdülők nagyobb számban hagyják félbe tanulmányaikat, illetve kockázatkereső magatartás jellemzi őket (pl. gyakoribb balesetek), nagyobb valószínűséggel fognak dohányozni. Az ADHD rizikó tényezőként szerepel az addikció kialakulásában is. *Jellegzetesen többször váltanak partnert, nehezebben találnak munkát, gyakrabban váltanak munkahelyet, nagyobb arányban jellemző a munkanélküliség. ADHD -s lányok körében gyakoribb a serdülőkori terhesség, ugyanakkor a terhesség-megszakítás prevalenciája is.* (Biederman és mtsai, 1995, Pomerlauer és mtsai, 1995)

Számos vizsgálat alapján ki lehet jelteni, hogy a figyelemzavaros hiperaktivitás összefüggésben áll a serdülőkori dohányzással és alkoholfogyasztással, azok kockázati tényezőjének tekinthető. A felnőttkorban kialakuló szenvedélybetegségek erős prediktora külön és együtt is az ADHD, dohányzás és alkoholfogyasztás, a később kialakuló addiktív problémák megelőzése szempontjából fontos tényezőként szerepel. Az ún. externalizáló kórképek (pl. magatartászavarok, ADHD) hajlamosítanak a későbbi szerhasználatra (King és mtsai, 2004). A gyermekkori ADHD önmagában is fokozza a későbbi alkohol- és szerhasználat rizikóját (Lee és mtsai, 2011).

Matuszka Balázs (2015) kutatásának fő célja volt a fiatalabb korosztályban a dohányzáson és alkoholfogyasztáson túl, a két szer párhuzamos használatának, jellegzetességeinek és



pszichopatológiai összefüggéseinek (pl. fizikai agresszió, iskolai terrorizálás, ADHD) feltárása, a fiatal felnőttek csoportjában pedig az illegális droghasználat (problémás droghasználat) jellemzőinek és ennek pszichopatológiai összefüggéseinek megvizsgálása. Kutatásával egyben olyan új mérőeszközök hazai adaptációját és validálását is elvégezte, melyek segítségével megvalósulhat a szerhasználati problémák és a hozzájuk kapcsolódó pszichopatológiai tünetek komplex mérése. Az általa alkalmazott eszközök: Serdülőkori Problémák Európai Értékelő Interjúja (European Version of the Adolescent Assessment Dialogue, EuroADAD), Buss-Perry Agresszió Kérdőív (Buss-Perry Aggression Questionnaire, AQ), Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (Olweus Bullying/Victimization Questionnaire), Agresszió és Viktimizáció Skála (Reduced Aggression and Victimization Scales), Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV), Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ), Szerhasználati Zavarok Szűrőteszt (Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT), Szerhasználati Zavarok Kiterjesztett Szűrőteszt (Drug Use Disorders Identification Test-Extended, DUDIT-E).

Eredményei alapján a magyar serdülő korosztály az európai átlagnál is magasabb dohányzási prevalencia értékekkel jellemezhető. Elmondható, hogy lerészegedés, alkoholfogyasztás és dohányzás szempontjából leginkább a szakiskolás diákok a veszélyeztetettebbek. Iskolai agresszió vonatkozásában az áldozattá válás és az agresszív viselkedés az alkoholfogyasztással mutatott erősebb összefüggést (dohányzás, mint plusz rizikótényező), míg az ADHD mindkét szerrel statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott, valamivel erősebben a dohányzás vonatkozásában.

"Az illegális szerfüggőség felnőttkorban is jelentős összefüggést mutat az ADHD-val: a magyarországi drogambulanciákon kezelt fiatal felnőtt drogfüggők 22%-ánál szűrőteszttel észlelhetőek az ADHD tünetei, ami összhangban áll a korábbi nemzetközi epidemiológiai kutatások által feltárt 15–25%-os aránnyal" (Matuszka, 2015, 1751. o.).

Az ADHD korai felismerése, a komplex kezelési megközelítés csökkenti a valószínűségét a fenti problémák kialakulásának.



"A gyermekkorban változó mértékű nehézségeket okozó ADHD-val kapcsolatos ismeretek széles körben való ismertetése", a korai felismerés és kezelésbe vétel alapvető jelentőségű a gyermekek és fiatalok lelki egészségének megőrzése szempontjából. (Neuhaus, 1996)

ADHD-val kapcsolatosan kimutatták, hogy kisebb az esély a későbbi szerhasználatra, ha a gyerekek kezelésben részesültek (Wilens és mtsai, 2003).

Megfelelő kezeléssel rövid távon lényeges eredmények, hosszabb távon enyhébb javulás érhető el. Kezelés nélkül viszont később 3-szor gyakoribb lesz a deviáns viselkedés és 2-szer gyakoribb a szerhasználat az ADHD-s gyerekek között. (Molina és mtsai, 2007)

Kijelenthetjük, hogy az ADHD diagnosztizálása és hatékony kezelése szempontjából nagyon fontos a szakemberek együttműködése. Minimális elvárással a pedagógus, szakellátás, szülő együttműködése a sikeres kezelés kiindulópontja.

Indikátorként javasolható:

- *ADHD-val diagnosztizált új betegek száma az ambuláns ellátásban-gondozói jelentés, (adott év dec. 31-én) (NEAK)*
- *December 31-én gondozottként nyilvántartott ADHD-s betegek száma az ambuláns ellátásban-gondozói jelentés, (NEAK)*
- *Tanulóra jellemző rendellenességeken belül, köznevelésben nyilvántartott ADHD-s tanuló száma (OKM, KSH)*
- *Házi gyermekorvosi, gyermekosztályos kórházi ellátás mentális zavarok miatt (KSH)*

Gyermekpszichiátriai interjúk rámutatnak arra, hogy az adatok jelentősen torzíthatnak. A gondozói jelentések nem tartalmazzák az általános gyermekpszichiátriai szakrendelésen (nem gondozói kódon) megjelent kliensek adatait, kórisméjüket, a kódolás plusz dokumentációs teher a szakemberek számára, kevés figyelmet fordítanak a precíz adatszolgáltatásra.

7.2. Szerhasználattal összefüggő mentális zavarok

Az OLEF 2005-ös lelki egészség definíciójában negatív indikátorok között említett egészségkárosító magatartásformák pl. a *drog-, illetve alkoholfogyasztással összefüggő zavarok*. E helytelen egészségmagatartásformák a serdülők körében egyre elterjedtebb módjai a nehézségekkel való megküzdésnek, így ezek vizsgálata kiemelten fontos terület (Australian Government, 2015).



Prognosztikailag fontos adat, hogy ha egyszer kialakul ilyen zavar, az általában súlyosbodik. Általánosságban elmondható, hogy minél gyakoribb és minél korábbi az alkoholfogyasztás, annál több probléma jelenik meg felnőttkorban (Ellickson és mtsai, 2003)

A mentális egészség szempontjából a legális szerek növekvő számban való használata mellett a drogfogyasztás önállóan is kiemelt jelentőségű probléma. A drogfogyasztás az utóbbi két évtizedben drasztikus módon emelkedett hazánkban (online forrás). A prepubertás korból a pubertásba (13-15 év), illetve serdülőkorból felnőttkorba való átmenet (18-25 év) "olyan biológiai, szociológiai és pszichológiai változásokkal járhat együtt, melyek sérülékenyebbé teszik a fiatalokat az addiktív problémák kialakulására" (Matuszka, 2015, 35. o.).

Az egészségmagatartást a családban kezdik megtanulni, serdülőkorban azonban fokozottabb hangsúly helyeződik a kortársakra (online forrás).

Az idegrendszer felnőttektől eltérő fejlődési fázisa miatt a serdülőkori szerhasználat, illetve függőség esetenként súlyosabb tünetekkel járhat, mint a felnőttkori megfelelője (Squeglia és mtsai., 2009; Wetherill és Tapert, 2013).

Ez a tény is kiemeli a serdülőkkel foglalkozó szakemberek szerepét: a probléma megelőzésében, korai felismerésében, illetve kezelésében – ellátásában.

Drogproblémákkal rendelkező fiatalok, a legtöbb esetben a gyermekpszichiátriai ambulanciákon, fekvőbeteg osztályokon vagy a felnőtt addiktológiai szolgáltatóknál jelennek meg. *Debrecenben a drogambulancia szervezetileg a Gyermekpszichiátriai osztályhoz tartozik, ezért serdülőket is fogadnak.* A gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátók sem módszertanilag, sem humán erőforrás szempontjából nincsenek felkészülve az addiktológiai probléma kezelésére, a drogambulanciákon sincs általában speciális végzettségű szakember.

2015-ben nyíltak meg az első gyermek addiktológiai rehabilitációs intézetek - dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum Rehabilitációs Centruma Szatymazon, a Magyar Református Egyház Kallódó Ifjúságot Mentő Misszió, és az Emberbarát Alapítvány.

Kifejezetten gyermek és ifjúsági járóbeteg addiktológiai ellátásra való kezdeményezések Szegeden, a dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrumban, Budapesten



a Tiszta Jövőért Alapítványnál és Pécsen, az INDIT Közalapítványnál indultak. Az első hivatalos gyermek addiktológiai gondozó Székesfehérváron nyílt az Egészségdokk Közhasznú Alapítványnál 2017-től.

A KSH 2015-ös gyermekpszichiátriai adatai kábítószer használat vonatkozásában:

2015-ben a kezelésben megjelent 19 év alatti fiatal 1 679 fő volt, ebből 15 év alatti 58 fő. Az adott év adata alapján az összes kábítószer használat miatt kezelésbe kerültek 13,5%-a volt 19 év alatti.

Ebből gyermekpszichiátriai gondozóban 99 fő került ellátásra. (KSH, 2015)

Az ESPAD felmérések – 9. és 10. osztályosok körében tapasztalatok alapján elmondható, hogy a legális szerek közül a dohányzás az adott korosztály két harmadát (62,5%) érinti, legalább egyszer kipróbálták, kb. 1/4-ük rendszeresen dohányzik.

Az alkoholt kipróbálók aránya ennél sokkal magasabb, 94% a megkérdezettek körében, 14% fogyaszt heti rendszerességgel alkoholt.

A szerhasznált gyakran más mentális zavarokkal együtt jelenik meg, súlyosbítva formáikat (Isd. pl. ADHD).

Az ESPAD kutatás története és célja: populációs vizsgálat 4 évente, 1995-ben indult, időbeni lefolyásra és nemzetközi összehasonlításra is lehetőséget ad. Magyarország mindegyikben részt vett. Elekes Zsuzsanna a vezetője a Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia és Társadalompolitika Intézete és az ECHO Szociológiai Kutatóintézet közreműködésével. Főbb szempontok: szokások változása, vélemény, értékrend, attitűd, indíték + a legveszélyeztetettebbek szocio- és demográfiai jellemzői. A kutatás módszere: célcsoportja az adatfelvétel évében 16. életévüket betöltő iskolában tanuló fiatalok. Az ESPAD protokollja szerint az adatfelvétel osztályos lekérdezéssel, önkitöltős módszerrel történt. A mintavétel rétegzett véletlen mintavételi eljárással készült. A rétegzés régió, évfolyam és osztálytípus szerint történt, egysége az iskolai osztály volt és minden jelenlévő tanuló lekérdezésre került.

A 2011-es eredmények mind a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a szerhasználat területén romló tendenciát, tehát egyértelmű növekedést mutat a 2007-es vizsgálatához képest. (ESPAD



kutatásról, 2011 Group, 2016). Az európai ESPAD kutatások szerint a felsőoktatásba lépés előtt álló korcsoport fele (54%) már rágyújtott legalább egyszer, bő egynegyedük (28%) havonta dohányzik, míg 17%-uk napi szintű dohányos. Európában a dohányzók aránya Lettországon, Csehországon, Horvátországon, Szlovákiában a legmagasabb, s Magyarország (Franciaország mellett) a nyolcadik helyen áll. A dohányzás prevalenciája a legtöbb európai ország felsőoktatási intézményeinek hallgatói körében növekedő tendenciát mutat is (Steptoe és mtsai, 2002), s Magyarországon is növekedett az utóbbi 5 évben (ESPAD Group, 2016). A HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) magyarországi adatai szerint a középiskolás tanulók körében a kipróbálási ráta majdnem eléri a kétharmadot, s a diákok egyötöde napi szinten dohányzik (Németh & Költő, 2014). A Magyar Ifjúság 2012-es kutatásai szerint a 15-19 évesek 19%-a, a 20-24 évesek 29%-a dohányzik napi rendszerességgel, míg a 25-29 évesek 32%-a vallotta magát napi szinten dohányzónak, vagyis jelentős aránynövekedés következik be a vizsgált életkorban. Az alkoholfogyasztás esetében amerikai eredmények alapján a felsőoktatási hallgatók majdnem kétharmada (38,7%) fogyasztott alkoholt a vizsgált 30 nap alatt (Youth Risk Behaviour Surveillance Survey, Eaton et al., 2012). Úgy tűnik, az európai hallgatók nagyobb kockázatban vannak, mert 44 %-uk kéthetente bulizik és fogyaszt alkoholt ekközben (Wechsler és Kuo, 2000). Miközben Európában a 16 évet betöltött tanulók 87%-a fogyasztott már alkoholt életében, Magyarországon 94% azok aránya, akik már fogyasztottak alkoholt, valamint a tanulók 61%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt hónapban. Európában a sörfogyasztás gyakoribb, Magyarországon a töményitalok fogyasztása jelenik meg a leginkább. Habár az európai diákok esetében csökkenő tendencia mutatkozik, ez Magyarországon még nem tapasztalható. A magyar tanulók a lerészegedés gyakorisága tekintetében európai 3. helyen állnak, hisz 20%-uk volt részeg az elmúlt hónapban, miközben az európai átlag 13% (Espad Group, 2016). A HBSC magyarországi eredményei szerint a 11. osztályos tanulók bő egyharmada (35,9%) fogyaszt legalább heti rendszerességgel alkoholt (Németh & Költő, 2014).

Az illegális szerhasználat esetében az amerikai adatok alapján a felsőoktatási hallgatók körében jelentős prevalenciáról beszélhetünk. Korábbi epidemiológiai kutatások eredményei alapján a nappali tagozatos hallgatók körében a férfiak 26%-a, a nők 19,2%-a számít rendszeres szerfogyasztónak (Skidmore et al, 2016); valamint vízpipa használata csaknem eléri a dohányzás mértékét (30.5%) (Primack et al, 2012). Az európai tanulók 18%-a, míg a magyar



tanulók 20%-a fogyasztott már életében legalább egyszer valamilyen illegális szert. Míg az európai országokban csökkenő tendencia tapasztalható, a magyarországi fiatalok esetében ez nem mutatható ki, sőt hazánkban emelkedett a kipróbálásai arány. A leginkább elterjedt drogok a marihuána, a nyugtatók szedése önmagában vagy alkohollal, a kannabisz, az ecstasy és kokain, ugyanakkor elmondható, hogy a gyógyszert alkohollal fogyasztó tanulók aránya Magyarországon kétszer nagyobb az európai átlaghoz képest (Espad Group, 2016). A HBSC 2012 eredményei alapján középiskolás tanulók egynegyede (23,9%) próbált már ki valamilyen illegális szert. A 11. évfolyamos tanulók 10,1%-a fogyasztott visszaélészerűen valamilyen legális szert, 24,9%-uk próbált ki valamilyen illegális szert és 26%-uk valamilyen drogot (Németh & Költő, 2014). A problémát az jelenti, hogy bár egyes személyek esetében csak egyszeri vagy kétszeri használatról beszélhetünk, ugyanakkor többségük nem elégszik meg ezzel és felnőttkorában is folytatja a szerhasználatot (Székely et al., 2013). Mindent egybevetve elmondható, hogy a dohányzás, nyugtatók fogyasztása, gyógyszerek alkohollal történő fogyasztása, valamint a borfogyasztás aránya magasabb a magyar fiatalok körében, amely korrelál az egészséggel kapcsolatos attitűdökben bekövetkező változásokkal, hiszen az alkoholfogyasztással és szerhasználattal kapcsolatos veszélytudat csökkent, valamint csökkent a kockázati magatartásformákat helytelenítő személyek aránya is.

Az addiktológiai problémák esetén is a megelőzésben mind a diagnosztikában elengedhetetlen a különböző szakemberek közös munkája.

Ajánlott mérési lehetőségek:

- *Kábítószerrel kapcsolatos zavarok: a 100.000 fiatalra eső pszichoaktív szer miatti kórházba kerülések százalékos aránya az elmúlt egy évben (NEAK)*
- *Alkohol abúzus kapcsán: a 100.000 fiatalra eső súlyos alkohol fogyasztás miatti kórházba kerülések százalékos aránya az elmúlt egy évben (NEAK) (Australian Government, 2015 alapján)*
- *Egy évben drogambulanciákon megjelent kábítószer fogyasztók száma-lehetőséget ad korcsoportbontásra ill. kábítószer kategória szerinti bontásra is OSAP, NEAK, TDI (kezelési igény indikátor) szociodemográfiai adatokról szociális státuszról, kezelési történetről, szerhasználati mintázatról szolgáltat információkat.*

Addiktológiai problémákkal összefüggő, ESPAD kutatásban szereplő vizsgált területek, indikátorok:



A kérdések a következőkre vonatkoznak: életprevalencia és havi prevalencia szintjén is, összességében, dohányzás, alkoholfogyasztás és szerhasználat tekintetében:

- Előfordult-e már életükben legalább egyszer?
- Előfordult-e az elmúlt 12 hónapban?
- Előfordult-e az elmúlt 30 napban? Előfordult-e az elmúlt a kérdőívkitöltést megelőző héten?
- Emellett a fogyasztási gyakoriságra és mennyiségre (pl. óraszám)
- dohányzás ('0', '1-2', '3-5', '6-9', '10-19', '20-39' and '40 vagy több)
- alkoholfogyasztás (lerészegedés külön) ('0', '1-2', '3-5', '6-9', '10-19', '20-39' és '40 vagy több)
- szerhasználat (külön-külön az egyes szerekre: kannabisz, ecstasy, amfetamin, metamfetamin, kokain, narkotikum, pszichoaktív szerek, inhalánsok) ('0', '1-2', '3-5', '6-9', '10-19', '20-39' és '40 vagy több)
- online játékfüggés (Mennyi idő?)
- evészavarokra (SCOFF)
- internet függésre (Mennyi idő?)
- játékszenvedélyre (Mennyi idő?) (The Espad Group, 2016).

"Az országos vagy a megyei adatok és egy szolgáltató kezelésbe lépő klienseinek szerhasználati mintázatának összehasonlítása információval szolgálhat az ellátatlan populációról vagy az ellátás-fejlesztés irányáról". (TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt)

- Kórházak aktív és krónikus elmeosztályairól addiktológiai diagnózissal elbocsátottak száma egy évben-(KSH),
- Kábítószerrel kapcsolatosan akut ellátásra szorulóknak száma: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai ellátás egy évben-(KSH)
- Kábítószer miatti halálozás egy évben-(KSH)

7.3. Befejezett öngyilkosságok

Nagyon fontos jelzője lehet a fiatalok lelki egészségének a befejezett öngyilkosságok aránya. 2009-ben a vezető halálok Magyarországon a 15-39 év közöttiek körében a befejezett öngyilkosság volt, melynek pontos száma 534 volt. 2013-es adatok alapján



hasonló eredményeket találtak: az öngyilkosság megelőzi a motoros gépjárműbaleseteket és a daganatos megbetegedések miatti halálozást egyaránt, ezen korosztály 100 ezer főre eső számát vizsgálva (KSH, 2014). Az öngyilkosságot elkövetők 90%-a a cselekmény idején szenved valamely pszichiátriai betegségtől, elsődlegesen major depresszióban, skizofréniában, vagy szenvedélybetegségben. A befejezett öngyilkosságokkal kapcsolatban hivatalos statisztikai nyilvántartás és rendszeres adatközlés Magyarországon 1900-tól van (Münnich, 1994). A fiatalok lakosság tekintetében a KSH 2013-as összefoglaló tanulmánya szerint a 15-19 éves korcsoport a legveszélyeztetettebb (Zonda és mtsai, 2013).

Ajánlott mérési lehetőségek egy országos lelki egészséget vizsgáló ausztrál projekt és a Központi Statisztikai Hivatal felmérései alapján (Australian Government, 2015; KSH, 2014):

- *Öngyilkossági kísérletek: a 100.000 fiatalra eső öngyilkosság következtében történő elhalálozások százalékos aránya az elmúlt egy évben-(KSH)*
- *Önsértés: a 100.000 fiatalra eső önsértő, önkárosító viselkedés miatti kórházba kerülések százalékos aránya az elmúlt egy évben-(KSH)*
- *Suicidium kísérlet miatt felvettek sürgősségi osztályon (KSH)*

7.4. Pszichoszomatikus betegségek

A gyermek és fiatalok lakosság körében a pszichoszomatikus betegségek megjelenése az utóbbi években megkétszereződött.

A 2014-es HBSC kutatásból nyert adatok szerint a serdülő korosztály 39 %-a mutatott legalább egy pszichoszomatikus tünetet az elmúlt időszakban (nemzetközi szinten). Ez a szám hazánkban 40 %-ra datálható. Több vizsgálat is megerősíti, hogy a pszichoszomatikus tünetek előfordulása kardinális mértékűvé vált nemcsak egészségbiztosítási-finanszírozás szempontból, hanem népegészségügyi szinten is.

Pszichoszomatikus kórképek alatt azokat a betegségeket értjük, melynek kialakulásában és fennmaradásában pszichoszociális tényezők is szerepet játszanak.

Az Alexander-féle „pszichoszomatikus hétszentség” kórképei a következők (Rigó, 2011):

- asztma (melynek előfordulása két és félszeresére nőtt az elmúlt években),
- gyomorfekély,



- sokízületi gyulladás,
- fekélyes vastagbélgyulladás,
- bőrgyulladás,
- pajzsmirigy túlműködés magas,
- vérnyomás (80%-kal emelkedett a megjelenése a fiatalok körében).

Ezekon felül a cukorbetegség incidenciája is kétszeresére nőtt, melynek II-es típusú megjelenési formájában szintén oki tényezőként jelenhetnek meg pszichés tényezők.

A leggyakoribb tünetek közé a pszichogén fejfájás és a pszichogén hasfájás sorolandó (~ 10 000 fő 11-15 év közötti gyermeknek 20-30 %-a). Az is gyakori, hogy multiplex, többszörös tünetek tapasztalhatók: az alvászavar, irritált-agitált hangulat, szorongás, depresszív hangulati élet sokszor komorbid tényezők lehetnek. (Kelly, C., Molcho, M., Doyle, P., & Gabhainn, S. N. 2010).

Pszichoszomatikus megbetegedések háttérében gyakran megtalálható, akut vagy krónikusan fennálló stresszor. Az utóbbi időben számos vizsgálat foglalkozik a zaklatással (bullying) (iskolai, internetes), mint erőteljes pszichológiai és/vagy fizikai stresszorról. Stresszorként a *bullying* jelentősége nő a pszichoszomatikus betegségek háttérében. (Gini, G., & Pozzoli, T. 2013).

Metaanalízist felmutató tanulmányok alapján kijelenthető, hogy a traumatizált, az iskolában zaklatást, kiközösítést átélt gyermekek szignifikánsan több pszichoszomatikus tünettől jellemezhetőek. (Kelly, C., Molcho, M., Doyle, P., & Gabhainn, S. N. 2010).

A bullying, a stresszkezelés vagy a pszichoszomatikus zavarok szempontjából az adaptív coping (megküzdési) stratégiák, mint védőfaktorok, a pozitív lelki egészség dimenzióhoz sorolhatók. (Apte, & Bhattacharjee, 2016).

A nemzetközi kutatásokban folyamatosan zajlanak azok a vizsgálatok, amelyek azt hangsúlyozzák, hogy népegészségügyi szempontból nagy jelentőségűvé vált a *bullying* jelensége. Mindennek következménye, hogy akár a tevőleges, akár a passzív szemlélő magatartás számos pszichés tünetben manifesztálódhat. Ezeket fontos lenne detektálni. Protektív faktorként a kutatók a társas támogatás mértékét emelték ki. Emellett bizonyos



szociodemográfiai adatok és szociometriai státusz is ugyanígy hajlamosíthat a viktimizációra, főleg utóbbi szociometriai felmérése lehet hatékony a prevenciós ellátás mindhárom színterén. Fontos továbbá megjegyezni, hogy az *internetes közegben történő bullying* prevalenciája is folyamatosan növekszik.

A pszichés komponens azonosítása nagyon lényeges a különböző szomatiform zavarok esetében, főleg a zaklatás (bullying) kapcsán. Ez a lelki egészség releváns mutatója lehet, mint ahogy fentebb említettük, prevalenciája folyamatosan növekszik. Itt protektív faktorként a bizalomteli szülő-gyermek kapcsolatot és a kötődés minőségét emelik ki, mint a pozitív mentális egészség indikátora. (Gini & Pozzoli, 2013).

Indikátorként alkalmazható:

- *Az elmúlt néhány hónapban milyen gyakran bántalmaztak így téged az iskolában? (HBSC)*
- *Az elmúlt néhány hónapban te milyen gyakran vettél részt tanuló társaid bántalmazásában? (HBSC)*
- *Milyen gyakran bántalmaztak téged az alábbi módokon? Valaki bántó, gúnyos üzenetet küldött neked chatprogramon keresztül, e-mailben vagy SMS-ben; ilyen üzenetet tett ki a falamra egy közösségi oldalon; vagy egy olyan weboldalt hozott létre, ami engem gúnyol. (HBSC)*
- *Milyen gyakran bántalmaztak téged az alábbi módokon? Valaki kellemetlen vagy kínos fényképeket készített rólam és az engedélyem nélkül feltette az internetre. (HBSC)*
- *Szólta-e valakinek erről (ezekről) az eset(ek)ről? (HBSC) Az elmúlt 12 hónapban hányszor verekedtél? (HBSC)*

További kutatás tárgya lehet adaptív coping (megküzdési) stratégiák és mechanizmusok detektálása, mint a pozitív lelki egészség dimenzióhoz sorolható védőfaktorok.

Számos vizsgálat kimutatta, hogy nem csak a traumák, nagy volumenű negatív események okozhatnak tartós, stresszel összefüggő megbetegedéseket és lelki egészségkárosodásokat, hanem a mindennap jelen lévő, folyamatos, ám kisebb mértékű stresszorok is. Emiatt a lelki egészség megőrzése érdekében szükséges egyrészt a stresszorok azonosítása, másrészt az ezekre adott válaszok adaptivitásának növelése. Ennek érdekében jött létre a WÉK (Williams ÉletKészségek program) program, amely célul tűzte ki, hogy coping stratégiák javításával



növeli az életminőséget és csökkenti a stressz okozta megbetegedések prevalenciáját, incidenciáját. A WÉK gyakorlati alapvetéseket tartalmaz, tartozik hozzá munkafüzet, diasor stb., amely készségszintű fejlődést is előrevetít. A kiscsoportos tréning jól alkalmazható munkával, hivatással összefüggő kiegészítő, stresszkezelés menedzselésére is (pl. pedagógusok, segítő szakemberek esetében). Ami a lelki egészség szempontjából lényeges, hogy az egyén kompetenciáját, megküzdési stratégiáit módosítja, így az ő problémához történő hozzáállása változik meg, még ha a probléma maga változatlan is marad (pl. a stresszor jelenlétvése). A módszer hazai és kultúraközi adaptációja megtörtént, annak felhasználásának megfontolása javasolt. A programból egész- vagy részek alkalmazása fontos lehet indikátor szempontból (Stauder és mtsai, 2016).

Indikátorként alkalmazható:

- *Az egy évben gyermekosztályokon pszichoszomatikusnak ítélt megbetegedéssel diagnosztizált gyermekek kezelésbe vételének száma (ennek pontosítása szükséges)*
- *Az egy évben fő diagnózisként stresszel, stresszfeldolgozással kapcsolatos diagnosztizált gyermekek kezelésbe vételének száma (ennek pontosítása szükséges).*

Megjegyzés: érdemes lenne a testi tünettel párhuzamosan a lelki egészségre vonatkozó információkat nyerni, pl. az elmúlt két hétben érte-e valamilyen stressz stb.

8. ÖSSZEGZÉS, JAVASLAT

A jelenleg rendelkezésre álló epidemiológiai adatok arra utalnak, hogy a mentális zavarral érintett gyermekek és serdülők aránya világszerte körülbelül 20% (WHO 2015) és a számuk növekszik.

A tanulmány megvalósításához a nemzetközi és hazai szakirodalmakat tanulmányoztuk át, emellett a mentális egészséggel foglalkozó szektorokintézményeinek működéséről információkat szolgáltató interjút hoztunk létre.

Az interjúk feldolgozásának módszertana a hagyományos szövegelemzési-tartalomelemzési módszerek közül a társadalomtudományi kutatások alkalmazott eljárásai közül elsősorban a kvantitatív szövegelemzési technikákra épít, de nem kizárva a kvalitatív elemzési



lehetőségeket. Az interjúszövegekben nyíltan megfogalmazott és egyértelműen értelmezhető információk (szövegegységek) mellett a szövegek szerkezetét (összefüggéseit, logikáját) is megpróbáltuk feltárni.

A kvantitatív tartalomelemzés során az interjú szövegekben a kutatás szempontjából releváns szavak (kifejezések) gyakoriságára és együttes megjelenésére koncentráltunk

A nemzetközi és hazai szakirodalomban rendkívül sok indikátor szerepel, melyek lényeges információkat adhatnak a gyermekek, fiatalok lelki egészségének monitorozásához, de nagy részük vizsgálata csak további kutatásokkal, hosszú távú követésekkel valósítható meg. Ezen indikátorok mérését a gyakorlatban standardizált, validált tesztekkel mérik, ill. követik hosszútávon.

A lelki egészség indikátorok, lehetnek például az étellel való elégedettség, aspirációs index, életszemlélet, optimizmus, társas támasz, megküzdési készség és erőforrások, egészségmegőrző viselkedés.

Az egyes kórképekkel összefüggő lelki egészség indikátorok, mint pl. mentális zavarok (pl. figyelemzavar hiperaktivitással), érzelmi tünetek, szociális nehézségek szomorúság, depresszió, szorongás.

Egyéb lelki egészség indikátorok lehetnek egészségmagatartáson belül pl. az alkohol abúzus, a kábítószerrel kapcsolatos zavarok, öngyilkosság, önsértés, bullying, internet és netes játékok használata.

Magyarországon jelenleg az indikátorok szempontjából az egyes területek összehasonlítására alkalmas adatok nem állnak rendelkezésre. Ezen indikátorok nemzetközi gyakorlatban használt, validált módszerekkel, tesztekkel lennének mérhetőek, hosszútávon követhetők tervezett vizsgálatok, kutatások során. A lelki egészséget leíró indikátorok közül, melyek jelenlegi tudásunk szerint alkalmasak és alkalmazhatóak lehetnek Magyarországon a fiatalok lelki egészségének összehasonlítására és hosszmetzeti kövesse, a következő kategóriákba sorolhatóak:

ADHD



- *ADHD-val diagnosztizált új betegek száma az ambuláns ellátásban-gondozói jelentés, (adott év dec. 31-én) (NEAK)*
- *December 31-én gondozottként nyilvántartott ADHD-s betegek száma az ambuláns ellátásban-gondozói jelentés, (NEAK)*

Tanulóra jellemző rendellenességeken belül, köznevelésben nyilvántartott ADHD-s tanuló száma (OKM, KSH)

Orvosi, háziorvosi, gyermekosztályos kórházi ellátás mentális zavarok miatt (KSH)

Addikciók

- *Kábítószerrel kapcsolatos zavarok: a 100.000 fiatalra eső pszichoaktív szer miatti kórházba kerülések százalékos aránya az elmúlt egy évben (NEAK)*
- *Alkohol abúzus kapcsán: a 100.000 fiatalra eső súlyos alkohol fogyasztás miatti kórházba kerülések százalékos aránya az elmúlt egy évben (NEAK) (Australian Government, 2015 alapján)*
- *Egy évben drogambulanciákon megjelent kábítószer fogyasztók száma-lehetőséget ad korcsoportbontásra ill. kábítószer kategória szerinti bontásra is (OSAP, NEAK, TDI - kezelési igény indikátor) szociodemográfiai adatokról szociális státuszról, kezelési történetről, szerhasználati mintázatról szolgáltat információkat).*

Addiktológiai problémákkal összefüggő, ESPAD kutatásban szereplő vizsgált területek, indikátorok:

A kérdések vonatkoznak a dohányzásra, alkoholfogyasztásra és szerhasználatra, életprevalencia és havi prevalencia szintjén is, összességében:

- Előfordult-e már életükben legalább egyszer?
- Előfordult-e az elmúlt 12 hónapban?
- Előfordult-e az elmúlt 30 napban?
- Előfordult-e az elmúlt a kérdőívkitöltést megelőző héten?
- Emellett a fogyasztási gyakoriságra és mennyiségre (pl. óraszám)
- dohányzás ('0', '1-2', '3-5', '6-9', '10-19', '20-39' vagy '40 vagy több)
- alkoholfogyasztás (lerészegedés külön) ('0', '1-2', '3-5', '6-9', '10-19', '20-39' and '40 vagy több)



- **szerhasználat (külön-külön az egyes szerekre: kannabisz, ecstasy, amfetamin, metamfetamin, kokain, narkotikum, pszichoaktív szerek, inhalánsok) ('0', '1-2', '3-5', '6-9', '10-19', '20-39' vagy '40 vagy több)**
- online játékfüggés (mennyi idő?)
- evészavarokra (SCOFF)
- internet függésre (mennyi idő?)
- játékszenvedélyre (mennyi idő?)

"Az országos vagy a megyei adatok es egy szolgáltató kezelésbe lépő klienseinek szerhasználati mintázatainak összehasonlítása információval szolgálhat az ellátatlan populációról vagy az ellátás-fejlesztés irányáról". (TÁMOP 5.4.1/08/1. sz. kiemelt projekt)

- *Kórházak aktív és krónikus elmeosztályairól addiktológiai diagnózissal elbocsátottak száma egy évben (KSH),*
- *Kábítószerrel kapcsolatosan akut ellátásra szorulóknak száma: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai ellátás egy évben (KSH)*
- *Kábítószer miatti halálozás egy évben (KSH)*

Befejezett öngyilkosság

- *Öngyilkossági kísérletek: a 100.000 fiatalra eső öngyilkosság következtében történő elhalálozások százalékos aránya az elmúlt egy évben (KSH)*
- *Önsértés: a 100.000 fiatalra eső önsértő, önkárosító viselkedés miatti kórházba kerülések százalékos aránya az elmúlt egy évben (KSH)*
- *Suicidium kísérlet miatt felvettek sürgősségi osztályon (KSH)*

Pszichoszomatikus megbetegedések

- *Az egy évben gyermekosztályokon pszichoszomatikusnak ítélt megbetegedéssel diagnosztizált gyermekek kezelésbe vételének száma (ennek pontosítása szükséges)*
- *Az egy évben fő diagnózisként stresszel, stresszfeldolgozással kapcsolatos diagnosztizált gyermekek kezelésbe vételének száma (ennek pontosítása szükséges).*

A kategóriákhoz kapcsolható mérhető indikátorokat definiáltunk.



8.1. Fejlesztési javaslatok

A mentális egészségre vonatkozó (pl. jólét, szorongás szint, internethasználat, bullying stb.) egyszerű, könnyen és gyorsan felvehető, **önkitöltős kérdőív létrehozása**, alkalmazása az alapellátásban, szociális és köznevelés területen szükséges lenne.

Munkacsoportunk véleménye szerint az **erkölcstan vagy egyéb releváns tantárgyak (pl. egészségtan) tantárgy** tematikája lehetőséget nyújt arra, hogy a gyerekek/fiatalok mentálhigiéniájával, önismeretével stb. kapcsolatosan tanórai kereteken belül megbeszélhessenek felmerülő kérdéseket vagy célszerű lenne önálló egészségtan tantárgy bevezetése az oktatásba.

A Mozaik Kiadó Útravaló - Erkölcstan tankönyve és munkafüzete 5-8 évfolyamig választható tárgyként a tanmenet részét képezi. A jövőben akár az erkölcstan vagy egyéb releváns tantárgy tankönyv vagy munkafüzet **mellékleteként/függelékeként** lehetne szerepeltetni egy olyan önkitöltős, lelki egészségre információval szolgáló tanulói kérdőívet, kérdőíveket, amelynek kitöltésére a tanulók több szempontból is motiváltak lennének: róluk szól, iskolai keretek között, lehetőleg tanórán kerül kitöltésre. A felvételben szerepet vállalhat pedagógus, mentálhigiéniás szakember, iskolapszichológus.

Magyarországon az FNO a jelenlegi gyakorlatban nem terjedt el, pedig számos területről a valódi funkcionálásról egymással összehasonlítható információk lennének nyerhetők. Bár egyes intézetekben rögzítik az FNO kategóriákat, de ez csak általában finanszírozás céljából előírt néhány FNO kategória. (Belicza és Kullmann 2009)

FNO általánosabb használata (esetleg finanszírozáshoz való kapcsolása) megteremthetné egy közös nyelv alapjait.



IRODALOMJEGYZÉK

- Arató F. & Varga A. (2004). Együttműködés az együttnevelésért. *Educatio*, 13(3), 503-508.
- Ádány R. (2011): *Megelőző orvostan és népegészségtan. A korai és időskori halálozás vizsgálata*. Debrecen, Debreceni Egyetem.
- Allgaier, A., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., SiglGlöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012): Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 234–241.
- Apte, S., & Bhattacharjee, T. (2016). Prevalence of psychosomatic symptoms among school going children. *International Journal of Bioassays*, 5(3), 4876-4878.
- Australian Government (2015). The Mental Health of Children and Adolescents: report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing, Australia. Letöltve: <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/%24File/child2.pdf>
- Bacskai K. (2015). *Iskolák a társadalom peremén. Alacsony státusú diákokat tanító eredményes tanárok*. Szeged: Belvedere Meridionale.
- Balázi I. & Horváth Zs.(2010). A közoktatás minősége és eredményessége. In: Balázi É., Kocsis M. & Varga I. (szerk.). *Jelentés a magyar közoktatásról 2010*. Budapest: Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, 325-632.
- Barabás K. (szerk.) (2006). *Egészségfejlesztés – alapismeretek pedagógusok számára*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Belicza É, Kullman L. A (2009). Egészségpolitikai intézkedések hatásainak vizsgálata minőségi indikátorokkal a rehabilitációs ellátásban. *Rehabilitáció*; 19, 173-174.
- Benito, R., Alegre, M. A., & González-Balletbò, I. (2014). School Segregation and Its Effects on Educational Equality and Efficiency in 16 OECD Comprehensive School Systems. *Comparative Education Review*, 58(1), 104-134.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*, 152, 1652-8.



- Bérdi M., & Köteles F. (2010): Az optimizmus mérése: az életszemlélet teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle* 65(2), 273-294.
- Bukodi E. (2001). Társadalmi jelzőszámok - elméletek és megközelítések. *Szociológiai Szemle*, 2, 35-57.
- Burzotta, F., Sgueglia G. A., Trani, C., Talarico G. P., Coroleu S. F., Giubilato, S., Niccoli G., Giammarinaro, M., Porto, I., Leone, A. M., Mongiardo, R., Mazzari, M. A., Schiavoni, G. & Crea F. (2009). Provisional TAP-stenting strategy to treat bifurcated lesions with drug-eluting stents: one-year clinical results of a prospective registry. *J Invasive Cardiol*, 21(10), 538.
- Cao, F., Su, L., Liu, T., & Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22, 466–471.
- Chou, W-J., Huang, M-F., Chang, Y-P., Chen, Y-M., Hu, H-F, & Yen, C-F. (2017). Social skills deficits and their association with Internet addiction and activities in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 42–50.
- Csapó B., Fejes J. B., Kinyó L., & Tóth E. (2014). Az iskolai teljesítmények alakulása Magyarországon nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. & Tóth I. Gy. (szerk.). *Társadalmi Riport 2014*. TÁRKI, Budapest, 110-136.
- Csapó B., Molnár Gy., & Kinyó L. (2009). A magyar oktatási rendszer szelektivitása a nemzetközi összehasonlító vizsgálatok eredményeinek tükrében. *Iskolakultúra*, 19(3-4), 3-13.
- Dallos Gy., Balázs, J. (2014). A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar hatása az életminőségre: esetbemutatók. *Neuropsychopharmacologia hungarica*, 16(2), 91-97.
- Diener, E., Emmons, E. R., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985): The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71—75.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, K. K., Dosenbach, R. A., Fox, M. D., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Lim, C., Wechler, H. (2012). Youth risk behaviour surveillance – United States. 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 61, 1-162.
- Egészségügyi Világszervezet (2001): *A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása*. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. Elérhető: <http://mek.oszk.hu/09700/09756/09756.pdf>



- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, D. J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111(5), 949-955.
- ESA (2010). Essential facts about the computer and video game industry. Letöltve: <http://www.theesa.com/wp-content/uploads/2015/04/ESA-Essential-Facts-2015.pdf>
- Ferguson, C. J. (2015). Do angry birds make for angry children? A meta-analysis of video game influences on children's and adolescents' aggression, mental health, prosocial behavior, and academic performance. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), 646-666.
- Fredrickson, B. L. (2001): The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Garami E. (2014). Kistérségi jellemzők és az oktatás eredményesség. *Educatio*, 23(3), 424-437.
- Ghanizadeh A., Mohammadi M. R., Moini R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *J. Atten Disord*
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Torsheim, T., Augustson, L., & Mathison, F. (2016). Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International Report from the 2013/2014 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 7.
- Jessor, R. (1993): Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Kelly, C., Molcho, M., Doyle, P., & Gabhainn, S. N. (2010). Psychosomatic symptoms among schoolchildren. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(2), 229-236.
- King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99(12), 1548-1559.
- Klassen, A. F., Miller, A. & Fine, S. (2004). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114(5), 541-549.
- Kovács E., & Pikó B. (2009): A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10, 223-237.
- KSH (2010). Nincs egészség lelki egészség nélkül – a központi idegrendszer betegségei. *Statisztikai tükör*, IV., 112, 1-2.



- Kuss, D. J., Griffiths, M. D. (2012). Online gaming addiction in children and adolescents: A review of empirical research. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), pp. 3–22.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 31(3), 328-341. Makó H., Bernáth L., Szentiványi-Makó N., és mtsai. (2016): A MOS SSS – társas támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3), 145–162.
- Martos T., Sallay V., Désfalvi J., Szabó T., & Ittész A., (2014): Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 15(3), 289—303.
- Martos T., Szabó G., & Rózsa S., (2006): Az aspirációs index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 7(3), 171-191.
- Matuszka, B. (2015). *Egyes internalizációs és externalizációs tünetek vizsgálata a szerhasználati problémák kialakulása szempontjából veszélyeztetett serdülők és fiatal felnőttek körében*. Doktori Értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem.
- Matuszka B., Bácskai E., Czobor P., Egri T., Gerevich J. (2015). A dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes előfordulásának összefüggései a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar tüneteivel kilencedik osztályos tanulók körében. *Orvosi hetilap* 156(43), 1750-1757.
- Münnich I. (1994). *A deviáns viselkedésformák alakulása Magyarországon*, Közélet Kiadó, Budapest.
- Németh Á. & Költő A. (szerk, 2014). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Budapest, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Neuhaus C. (1996). *Hiper és hipoaktivitás, figyelemzavar*. Budapest: Kairosz.
- N. Kollár K., & Szabó É. (2004): *Pszichológia pedagógusoknak*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Örkényi Á. (2005). *Országos Lakossági Egészségfelmérés, OLEF, Kutatási Jelentés, Lelki egészség*, Országos Epidemiológiai Központ



- Pikó B., Kovács E., Kriston, P. (2011): Spiritualitás — vallás — egészség. Fiatalok MENTÁLIS egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(3), 261-276. Pikó, B., & Piczil, M. (2004): Focusing on youth's substance use and psychosocial well-being in Hungary's post-socialist transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 6371.
- Pomerlau, O., Downey, K., Stelson, F., Pomerlau, C. (1995). Cigarette Smoking in Adult Patients Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Subst Abuse*, 7(3), 373-8.
- Rácz J., Felvinczi K. & Kun B. (2010). Módszertani segédanyag a helyi szükséglet-meghatározás kidolgozásához. Budapest, Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.
- Rigó, A. (2011). Klinikai egészségpszichológiai problémák krónikus testi betegségekben, In: Rigó A. (szerk): A Klinikai Pszichológia horizontja; KRE és L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Susánszky É., Konkoly T. B., Stauder A., Kopp M. (2003): A Hungarstudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. ,Simmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest.
- Szabó D. F. (2016). A rövidített WHO jól-lét kérdőív gyermekek körében való alkalmazásának lehetőségei. *Iskolakultúra*, 2016/11, 113-118. Seligman, M. E. P. (2002): Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In Snyder, C.R., Lopez, S. (eds.): *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press, New York, 39.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 514.
- Squeglia, L. M., Jacobus, J., Tapert, S. F. (2009). The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development. *Clin EEG Neurosci*, 40(1), 31-38.
- Stauder A. és mtsai. (2016). A Williams ÉletKészségek stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 17, 2, 81–95.
- Steptoe, A., Feldman, P. J., Kunz, S., Owen, N., Willemssen, G. & Marmot, M. (2002). Stress responsivity and socioeconomic status: A mechanism for increased cardiovascular disease risk? *European Heart Journal*, 23, 1757–1763.
- Széll K. (2015). Az iskolai eredményesség a hátrányos helyzet tükrében. *Educatio*, 24(1).



- The ESPAD Group (2016). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxemburg, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.
- Tomcsányi T. (2003). A mentálhigiéné jelenségvilága. In: Tomcsányi T., Grezsa F. & Jelenits I. (szerk.). *Tanakodó. A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában*. Semmelweis Egyetem – Párbeszéd Alapítvány – Híd Alapítvány Budapest, 16-42. o.
- Turi, E., Tóth, I., & Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 26(6)
- Új-Zélandi Statisztikai Hivatal (2007). Az indikátor fogalma és kiválasztásánakkritériumai. Letöltve: www.stats.govt.nz/analytical-reports/linked-indicators/default.htm
- Velő, Sz., Keresztény, Á., Szentiványi, D., Balázs, J.(2013). Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatainak szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(2), 73-82.
- Welsh Government. Collaborative working between Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and the counselling service. Cardiff, 2016
- Warteberg, L., Kriston, L., Kegel, K., Thomasius, R. (2016). Adaptation and Psychometric Evaluation of the Young Diagnostic Questionnaire (YDQ) for Parental Assessment of Adolescent Problematic Internet Use. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), pp. 311–317.
- Wechsler, H., Kuo, M. (2000). College students define binge drinking and estimate its prevalence: Results of a national survey. *Journal of Americal College Health*, 49, 57-64.
- Wetherill, R., Tapert, S.F. (2013). Adolescent Brain Development, Substance Use, and Psychotherapeutic Change. *Psychol Addict Behav*, 27(2), 393-402.
- WHO (2005). Atlas: Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Letöltve: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43307>
- WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Letöltve: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.



- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003): Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179-185.
- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y., & Yang, M. J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *The Journal of Adolescent Health*, 41, 93–98.
- Zonda T., Paksi B., Veres E. (2013). Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970–2010). Központi Statisztikai Hivatal, Műhelytanulmányok 2, Budapest.

Online forrás:

Internet 1: <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Hungarian>

Internet 2: Kistérségi Egészségterv. Elérhető:

http://www.efi.balatonalmadi.hu/sites/default/files/dokumentumok/balatonalmadi_kisterseg_egeszsegterve.pdf Letöltve: 2018. március 2.

Internet 3: Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban

http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2470/fajlok/hiperkinetikus_zavar%20.pdf



1. SZÁMÚ MELLÉKLET

ORSZÁGOS KOMPETENCIA MÉRÉSRŐL

Az Országos kompetenciamérés egy magyar oktatási rendszerre jellemző sajátosság, mely szoros összefüggésben áll a PISA vizsgálatokkal. Elsődleges célja a tanulók tanulmányi teljesítményének mérése, de a méréshez kapcsolódó háttérkérdőív segítségével a tanulói sajátosságok, és azok tanulmányi és nem tanulmányi eredményességre gyakorolt hatásai is mérhetővé válnak. A PISA vizsgálat kitér arra is, hogy a családi háttér milyen mértékben határozza meg a tanulók teljesítményét, míg a jobban teljesítő országokban ennek kisebb hatása van, addig Magyarországon a családi háttér kiemelt szerepet játszik, ugyanis itt az iskola nem tudja ellensúlyozni a családi hátrányokat (Arató & Varga, 2004). A tanulói teljesítményre jó hatást gyakorol az integráló oktatás, mivel azokban az országokban, ahol ilyen típusú oktatási rendszer működik ott a tanulmányi teljesítmények is magasabbak (Benito et al, 2014). Hazánk oktatási rendszerében az integrált oktatás megvalósulása folyamatban van (Csapó et al, 2009).

Az OKM eredményeknek nagymértékű a területi determinizmusa, hiszen azokban a térségeken magasabb Magyarország esetében a szövegértési és matematikai teljesítmény, ahol a gazdaság jobban teljesít, magasabb a diplomások aránya és a hátrányos helyzetű tanulók aránya jóval alacsonyabb. Míg egyes országok közelsége jótékony hatással van a tanulók teljesítményére (Ausztriával határos területek), addig az ország többi határmenti területe perifériás jellegűnek tekinthető, itt a teljesítmények is jóval átlag alattiak. Ezeken a területeken egy-egy kiugró eredményt a megyeszékhelyek, valamint a nagy múltra visszatekintő iskolával rendelkező települések nyújtanak csupán (Garami, 2009, 2014). Habár az Országos Kompetenciaméréshez kapcsolódóan ez idáig nem folytattak az egészségre irányuló vizsgálatot, az adatbázis kiváló lehetőséget nyújt ennek vizsgálatára, mivel a kérdőívek és háttérkérdőívek kitöltése minden évben kötelező a 6., 8. és 10. évfolyamon. Az Országos Kompetenciamérési adatbázisok Az Oktatási Hivattól hivatalosan elkérhetőek, a háttérkérdőívek és tesztfüzetek pedig önmagukban az Oktatási Hivatal honlapján is elérhetőek.

Az Országos kompetenciamérés tekintetében három különböző adatbázis elkészítésére kerül sor évfolyamonként:



- egy tanulói,
- egy intézményi, valamint egy
- telephelyi adatbázis létrehozása történik meg.

A tanulói adatbázis nyújt lehetőséget a tanulók több dimenzióban történő vizsgálatára, az intézményi és telephelyi (tehát amennyiben egy adott telephelyhez több intézmény is tartozik, az intézményi átlagok adják meg a telephelyi átlagokat) adatbázisok elsősorban az intézményeknek és fenntartójuknak nyújt releváns összképet az eredményességről és tanulói összetételről. Az adatbázisok lekérése olyan kutatón keresztül történhet meg, akinek a kutatási területe érinti a köznevelés területét. Az adatbázist elektronikusan szükséges megigényelni, az adatbázisok terjedelmére való tekintettel azonban annak kézbesítése postai úton keresztül történik.

Számos olyan indikátor is megjelenik a háttérkérdőívben amely a gyermekpopuláció mentális és fizikai egészségi állapotát méri/mutatja. Ilyenek a tanulóra jellemző rendellenességek (mozgásszervi fogyatékoság, látási/hallási/beszéd/értelmi fogyatékoság, autizmus spektrum zavar, megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenessége). További kérdések vonatkoznak a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességeire. Ide tartoznak a tanulási zavarra vonatkozó kérdések [meghatározott olvasási zavar (diszlexia), az írás kifejezés zavara (diszgráfia), az aritmetikus képességek zavara (diszkalkulia), az iskolai készségek zavara, az iskolai készségek egyéb fejlődési zavara, nem meghatározott fejlődési zavara az iskolai készségeknek, motoros funkciók specifikus fejlődési rendellenességei, kevert specifikus fejlődési zavarok]; a figyelemzavarokra vonatkozó kérdések (az aktivitás és a figyelem zavarai, hiperkinetikus magatartászavar, egyéb hiperkinetikus zavar, nem meghatározott hiperkinetikus zavar), valamint a magatartási (magatartásszabályozási) zavarokra vonatkozó kérdések családi körre vonatkozó magatartászavarok, nem szocializált magatartászavar (kortárs csoportba sem beilleszkedettek), szocializált magatartászavar (kortárs csoportba beilleszkedettek), nyílt oppozíciós zavar, egyéb magatartászavar, nem meghatározott magatartászavar, kevert magatartási és emocionális zavar, egyéb kevert magatartási és emocionális zavar, nem meghatározott kevert emocionális és magatartászavar, egyéb magatartási (magatartásszabályozási) zavarok. Emellett a tanulási



zavarokon túl a tanulási nehézségek mérésére vonatkozó kérdések is olvashatók: a tanuló küzd-e beilleszkedési nehézséggel/ írási nehézség/ olvasási nehézség/ számolási nehézség.

Az adatbázis lehetőséget nyújt a **szociodemográfiai** háttérváltozók mérésére is:

- részesül-e a család kedvezményes vagy ingyenes étkezésben,
- ingyenes tankönyvtámogatásban,
- rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben,
- kap-e a család önkormányzattól támogatást.

Méri a **családszerkezetet** (milyen családban él a gyermek, kikkel él egy lakásban, hányan élnek együtt, van-e testvére és ha igen, hány és közülük mennyivel él egy háztartásban), a **szocio-ökonómiai** státuszt [mi a szülők legmagasabb iskolai végzettsége, van-e rendszeres munkájuk (ha jelenleg nincs, mikor volt utoljára tartós, rendszeres munkája), hány lakószoba van a lakásban, hány darabbal rendelkezik a család bizonyos eszközökből (mobiltelefon, számítógép, személygépkocsi, fürdőszoba), van-e otthoni internetkapcsolat, milyen közlekedési eszközzel jár iskolába a gyermek]. Ezek által mérhetővé válik a gyermek halmozottan hátrányos helyzetűsége, illetve a családi háttérindexe is.

Mivel az adatbázisok három évfolyamon is nagy létszámú mintán nyújtanak lehetőséget a diákok fizikai és mentális egészségének lekérdezésére, kiváló lehetőséget biztosítanak a kérdéskör beható, országos szintű vizsgálatára, a területi és csoportok közötti különbségek feltárására, amelyek jelentősen hozzájárulhatnak az egészségfejlesztéshez.

- a gyermek hátrányos helyzetű-e (OKM)
- a családi háttérindex (OKM)
- a tanulóra jellemző rendellenességek (OKM)