



## **TÁMOGATÓ MEGOLDÁSOK A KÖZIGAZGATÁS, VÉDELEM ÁGAZATBAN**

### **PILOT PROGRAM TAPASZTALATAINAK ÉRTÉKELÉSE, PILOT JAVASLATTÉTELI TANULMÁNY**

A GINOP-5.3.5.-18-2018-00056 számú  
„Munkaerőpiaci alkalmazkodóképesség fejlesztését célzó tematikus projektek”  
című konstrukción belül

PILOT PROGRAM TAPASZTALATAINAK ÉRTÉKELÉSE,  
PILOT JAVASLATTÉTELI TANULMÁNY

## TARTALOM

1. A KÍSÉRLETI (PILOT) PROJEKTRŐL.....	5
2. A PILOT PROJEKT LEBONYOLÍTÁSÁNAK FÁZISAI, RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA.....	6
3. ELSŐ PILOT ELEM: RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA, KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS.....	8
4. MÁSODIK PILOT ELEM: ISMERETÁDÁS, KONZULTÁCIÓ - AZ ALKALMAZOTT OKTATÁSI ANYAGOK.....	33
5. AZ ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÁS MEGVALÓSÍTÁSA .....	50
6. HARMADIK PILOT ELEM: ELLENŐRZÉS, A PILOT PROGRAM FELMÉRÉSEINEK ÉRTÉKELÉSE, TAPASZTALATOK, SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS.....	55
7. JAVASLATTÉTELEK A PILOT PROGRAM ALAPJÁN.....	79



## 1. A KÍSÉRLETI (PILOT) PROJEKTRŐL

### 1. A pilot projekt megalapozása

A kutatási háttér tanulmányok eredményei felhívták a figyelmet a közszolgálatban foglalkoztatottak munkahelyi életminőségének javítására, a munkahelyi lelki és testi egészség megőrzésének fontosságára. A kutatási tanulmányok a munkahelyi testi és lelki betegségekkel és a munkahelyi kiégéssel (is) kapcsolatos ismereteket foglaltak össze. Ezek megalapozták annak a pilot tevékenységnek a megszervezését, amely a „Munkaerő megtartását segítő komplex egészségügyi állapotfelmérés és tanácsadás” címmel került lebonyolításra.

A pilot tevékenység célja a közszolgálatban foglalkoztatott résztvevők körében felmérés készítése a munkahelyi egészségügyi kockázatok vonatkozásában, ezt követően ismeretek átadása, tanácsadás, konzultáció.

A kutatások igazolták, hogy a krónikus fájdalomban szenvedő dolgozók megtartása érdekében a pilot program létrehoz konzultációs lehetőségeket a témában jártas szakemberek bevonásával – akár online, akár személyes találkozó formájában - , hiszen a jelenlegi rendszer csupán a fájdalom oki megközelítésére és terápiájára fókuszál, a fájdalom komplexitását és összetett következményeit nem veszi figyelembe.

## 2. A PILOT PROJEKT LEBONYOLÍTÁSÁNAK FÁZISAI, RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA

A pilot lebonyolítására 2022. év első felében került sor (január-május), a pilot módszertani javaslatok alapján.

### 1. Résztvevők bevonása

A pilot projekt 102 fő részvételével zajlott, 2022 első félévében. A résztvevők bevonására online kérdőíven keresztül került sor, a pilot adatvédelmi rendelkezéseinek megfelelően anonim módon. a további oktatási és konzultációs elérhetőségek a résztvevők önkéntes jelentkezésén alapult online elérhetőségeken és rendezvények alkalmával.

### 2. Felmérés, kiértékelés

Az résztvevők anonim online kérdőíveit foglalkozás-egészségügyi szakemberek értékelték, amelyből egyrészt általános következtetések levonására került sor, másrészt megalapozták az előadások, konzultációk tematikáját.

### 3. Rendezvények, konzultációk

A pilot tematikájához kapcsolódó rendezvények egyrészt alkalmat adta a személyes konzultációra, oktatásra másrészt a pilot témájához kapcsolódó előadások megtartására is. A rendezvények tematikáját, előadókat a pilot program 4. pontja tartalmazza.

### 4. Ellenőrzés

A rendezvényeket a résztvevők ellenőrző kérdéssorok kitöltésével zárták, amelyek visszacsatolásként is működtek a pilot során



### 3. ELSŐ PILOT ELEM: RÉSZTVEVŐK BEVONÁSA, KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS

#### 1. A résztvevők bevonására szolgáló kérdőív

## Munkahelyi életminőség kérdőív

---

A kérdőív kitöltése anonim! (Kb. 10 percet vesz igénybe)

#### 1. Neme:

*Soranként csak egy négyzetet jelöljön be.*

- Nő
- Férfi

#### 2. Életkora:

*Soranként csak egy négyzetet jelöljön be.*

- 18-25 év
- 26-35 év
- 36-45 év
- 46-55 év
- 56-62 év
- 62 év felett



**3. Családi állapota:**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be.*

- hajadon/nőtlen/egyedülálló
- (élettársi) kapcsolatban
- házas
- elvált, özvegy

**4. Van-e gyermeke?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be.*

- nincs
- van: 1 gyermek
- van: 2 gyermek
- van: 3 vagy több gyermek

**5. Iskolai végzettsége:**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be.*

- általános iskola
- szakiskola, szakközépiskola, gimnázium
- főiskola/egyetem

**6. Munkaköre:**

.....

**7. Mióta dolgozik?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be.*

- 1-12 hónap
- 1-5 év
- 6-10 év
- 11-20 év
- 21-30 év
- 31-40 év

több mint 40 éve

**8. Milyen jogviszonyban dolgozik?**

.....

**9. Milyen munkarendben dolgozik?**

.....

**10. Heti hány órát dolgozik?**

.....

**11. Egy helyen végez tevékenységet?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be*

- Igen, ez a főállásom  
 Nem, más munkahelyen is dolgozom

**12. Szed-e napi rendszerességgel gyógyszert?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be*

- Igen  
 Nem

**13. Ha igen, a gyógyszer neve:**

.....

**14. Dohányzik?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be*

Igen

Nem

**15. Fogyaszt rendszeresen alkoholt?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be*

Igen

Nem

**16. Drogot fogyasztott már életében?**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be*

Igen

Nem

**17. Ha igen, akkor:**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be*

Alkalmoszerűen

Rendszeresen

**18. Ismert-e Önnél .....**

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be.*

	Igen	Nem
cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
magas vérnyomás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szív- érrendszeri problémák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mozgásszervi megbetegedés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
daganatos betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pszichés betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Lelki állapot**

19. Az előző 6 hónapra visszatekintve gondolja végig, hogy az alábbi kijelentések mennyire igazak Önre. Válaszát az alábbi táblázatban jelölje!

*Soronként csak egy négyzetet jelöljön be.*

	1. Egyáltalán nem jellemző	2. Kicsit/alig jellemző	3. Jellemző	4. Nagyon/ teljesen jellemző
Minden érdeklődésem elvesztettem mások íránt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semmiben nem tudok dönteni többé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Több órával korábban ébredek, mint szoktam és nem tudok újra elaludni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Állandóan hibáztatom  
magam.

---

### Alvás/kipihentség

A kérdőív az Ön alvásával kapcsolatos problémáit tárja fel, saját értékelése alapján.

**Kérem, hogy az egyes szempontok mellett található válaszok közül jelölje azt, ha az adott panasz az elmúlt egy hétben legalább háromszor előfordult.**

**20. Elalvás (lámpaoltástól elalvásig eltelt idő):**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- nem okozott gondot
- kissé tovább tartott
- sokkal tovább tartott
- nagyon sokáig tartott, vagy egyáltalán nem aludt el

**21. Éjszakai felébredés:**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- nem okozott problémát
- enyhe problémát okozott
- jelentős problémát okozott
- súlyos problémát okozott, vagy egyáltalán nem aludt

**22. Korai ébredés (reggel a kívánatosnál korábban ébred fel):**



*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- nem okoz problémát
- kicsit korábban
- jelentősen korábban
- sokkal korábban, vagy egyáltalán nem aludt

**23. Az alvás teljes időtartama:**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz, vagy egyáltalán nem aludt

**24. Az alvás átlagos minősége (függetlenül attól, mennyi ideig aludt):**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz, vagy egyáltalán nem aludt

**25. Nappali közérzet:**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz

**26. Nappali (testi és szellemi) teljesítmény:**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz

nagyon rossz

**27. Nappali álmoság:**

*Kérjük, csak egy négyzetet jelöljön be.*

- nincs
- enyhe
- kifejezett
- nagyfokú

**Egészségügyi kérdőív**

Az egyes címsorok alatt kérjük, jelölje be azt az EGY választ, amely a legjobban jellemzi az Ön MAI egészségügyi állapotát.

**28. MOZGÉKONYSÁG**

*Kérjük, csak egy választ jelöljön be.*

- nincs problémám van a járással
- enyhe problémám van a járással
- közepes fokú problémám van a járással
- súlyos problémám van a járással
- képtelen vagyok járni

**29. ÖNELLÁTÁS**

*Kérjük, csak egy választ jelöljön be.*

- nincs problémám a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- enyhe problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- közepes fokú problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- súlyos problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- képtelen vagyok önállóan tisztálkodni vagy öltözködni

**30. SZOKÁSOS TEVÉKENYSÉGEK (pl. munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenység)**

*Kérjük, csak egy választ jelöljön be.*

- nincs problémám a szokásos tevékenységeim elvégzésével
- enyhe problémám van szokásos tevékenységeim elvégzésével
- közepes fokú problémám van szokásos tevékenységeim elvégzésével
- súlyos problémám van szokásos tevékenységeim elvégzésével
- képtelen vagyok elvégezni szokásos tevékenységeimet

**31. FÁJDALOM / ROSSZ KÖZÉRZET**

*Kérjük, csak egy választ jelöljön be.*

- nincs fájdalmam vagy rossz közérzetem
- enyhe fájdalmam van vagy kissé rossz a közérzetem
- közepes fokú fájdalmam van vagy közepesen rossz a közérzetem
- súlyos fájdalmam van vagy nagyon rossz a közérzetem
- rendkívül erős fájdalmam van vagy rendkívül rossz a közérzetem

**32. SZORONGÁS / DEPRESSZIÓ**

*Kérjük, csak egy választ jelöljön be.*

- nem szorongok / nem érzem magam depressziósnak
- enyhén szorongok / enyhén depressziósnak érzem magam
- közepes mértékben szorongok / közepesen depressziósnak érzem magam

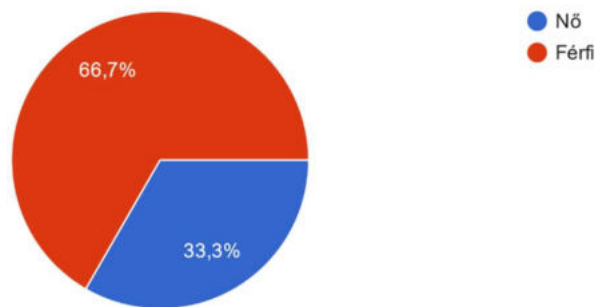
nagyon szorongok / súlyosan depressziósnak érzem magam

33. Szeretnénk megtudni, hogy MA milyen jó vagy rossz az Ön egészségi állapota. Az elképzelhető legjobb egészségi állapot „100”, míg az elképzelhető legrosszabb egészségi állapotot „0” jelöli. Kérjük, írja be azt a számot, amely a mai egészségi állapotát jelöli (1 és 100 között).

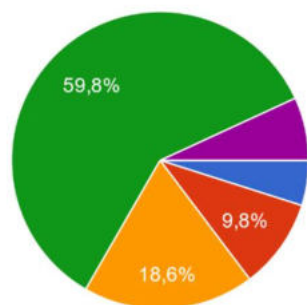
### 3. A kérdőívben foglaltakra adott válaszok

Életminőség

Neme:  
102 válasz

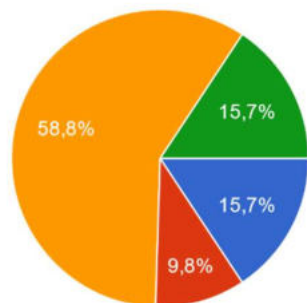


Életkora:  
102 válasz



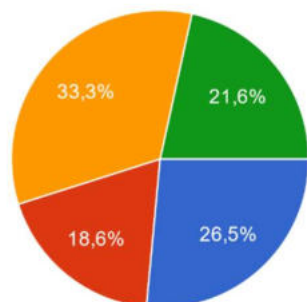
- 18-25 év
- 26-35 év
- 36-45 év
- 46-55 év
- 56-62 év
- 62 év felett

Családi állapota:  
102 válasz



- hajadon/nőtlen/egyedülálló
- (élettársi) kapcsolatban
- házas
- elvált, özvegy

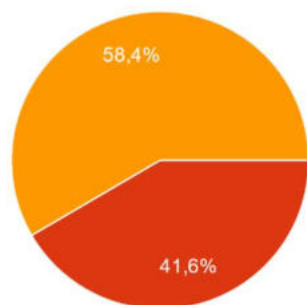
Van-e gyermeke?  
102 válasz



- nincs
- van: 1 gyermek
- van: 2 gyermek
- van: 3 vagy több gyermek

### Iskolai végzettsége:

101 válasz

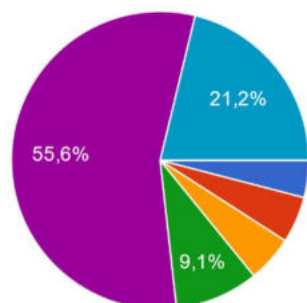


- általános iskola
- szakiskola, szakközépiskola, gimnázium
- főiskola/egyetem

### Munkaköre:92 válasz,

### Mióta dolgozik?

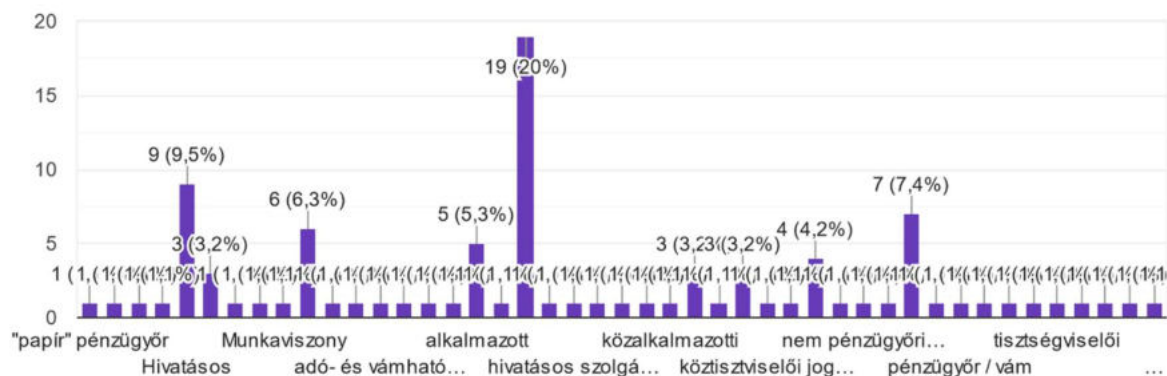
99 válasz



- 1-12 hónap
- 1-5 év
- 6-10 év
- 11-20 év
- 21-30 év
- 31-40 év
- több mint 40 éve

### Milyen jogviszonyban dolgozik?

95 válasz

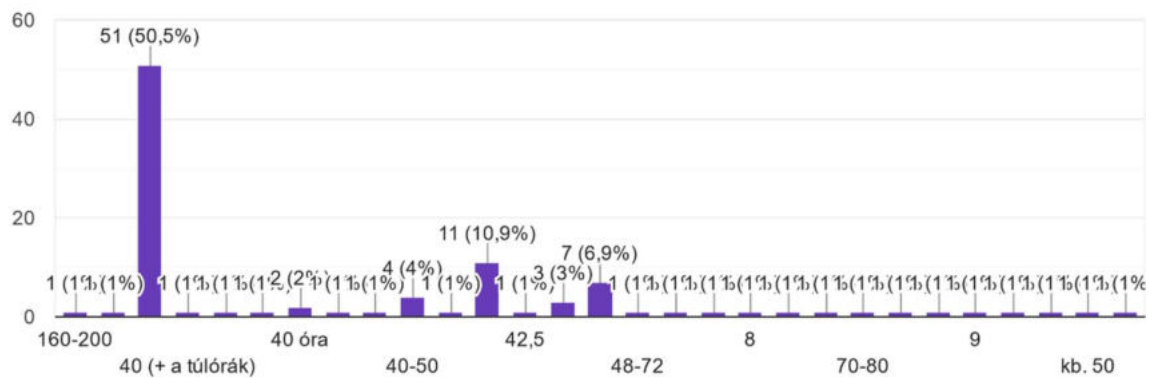


### Milyen munkarendben dolgozik?

99 válasz

### Heti hány órát dolgozik?

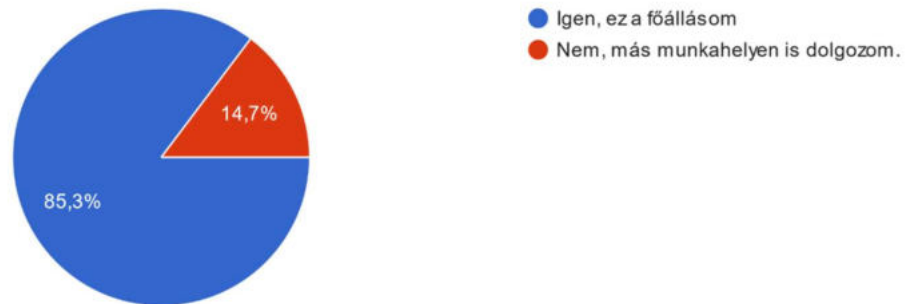
101 válasz





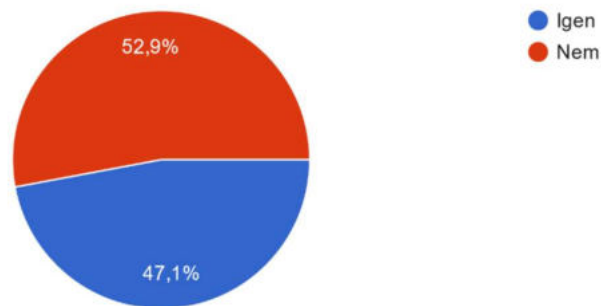
### Egy helyen végez tevékenységet?

102 válasz



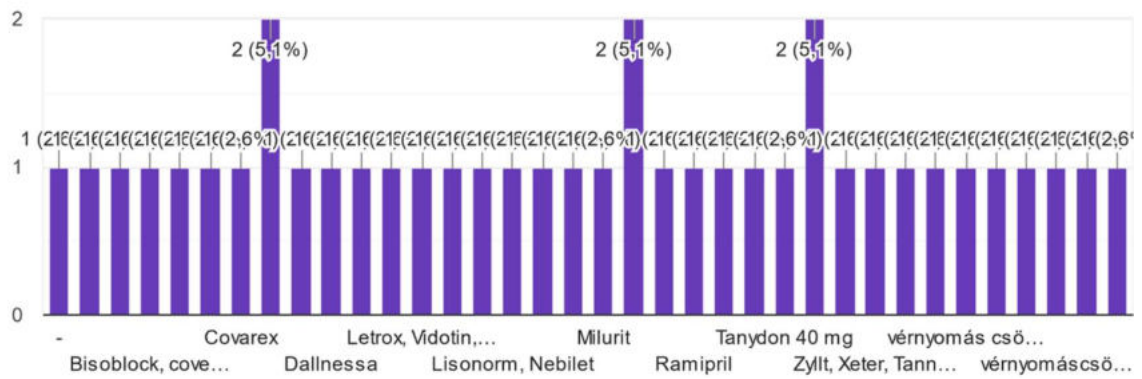
### Szed-e napi rendszerességgel gyógyszert?

102 válasz



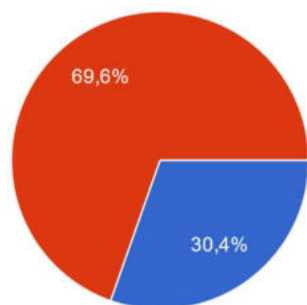
### Ha igen, a gyógyszer neve:

39 válasz



Dohányzik?

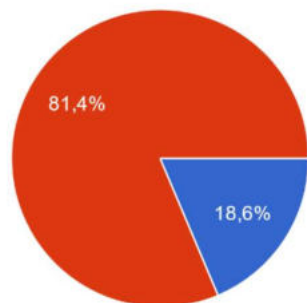
102 válasz



Igen  
Nem

Fogyaszt rendszeresen alkoholt?

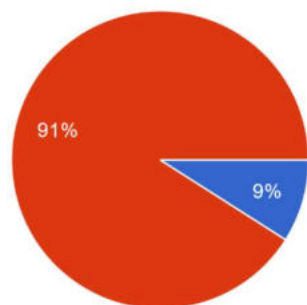
102 válasz



Igen  
Nem

Drogot fogyasztott már életében?

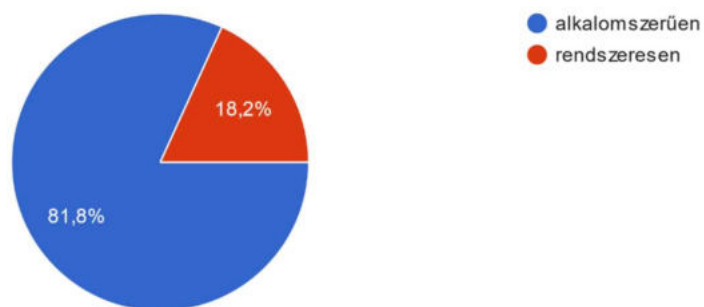
100 válasz



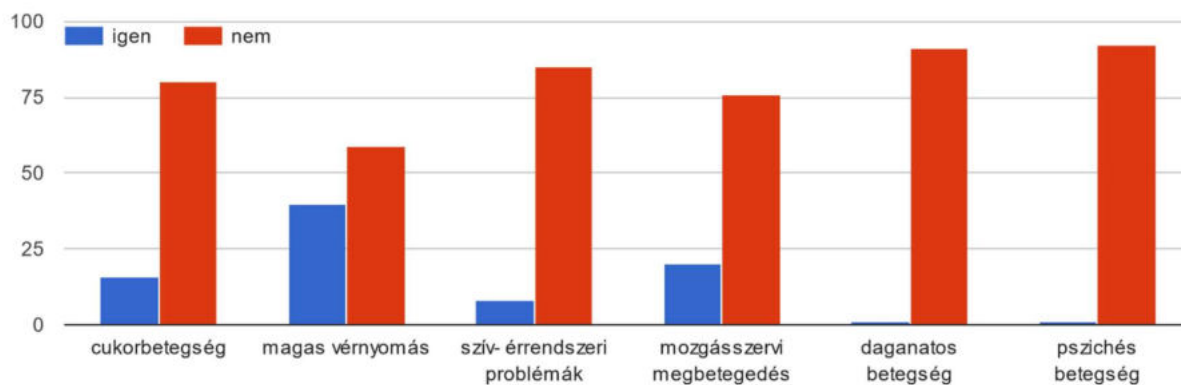
Igen  
Nem

## Ha igen, akkor

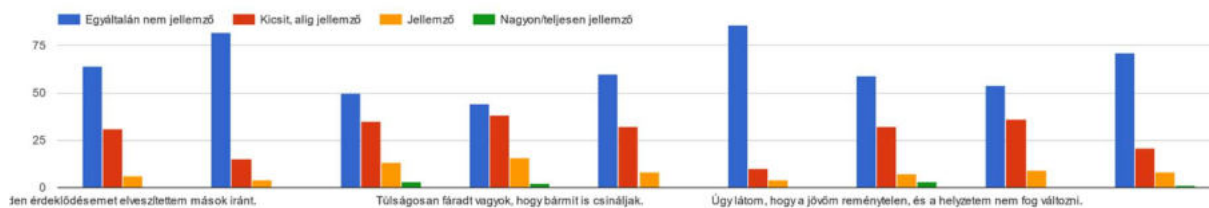
11 válasz



## Ismert-e Önnél....?

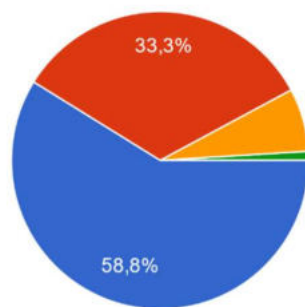


Az előző 6 hónapra visszatekintve gondolja végig, hogy az alábbi kijelentések mennyire igazak Önre. Válaszait az alábbi táblázatban jelölje!



### Elalvás (lámpaoltástól elalvásig eltelt idő)

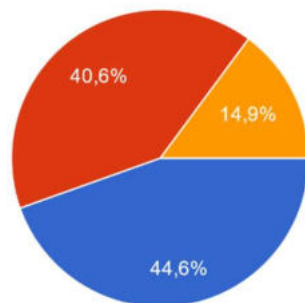
102 válasz



- nem okozott gondot
- kissé tovább tartott
- sokkal tovább tartott
- nagyon sokáig tartott, vagy egyáltalán nem aludt el

### Éjszakai felébredés

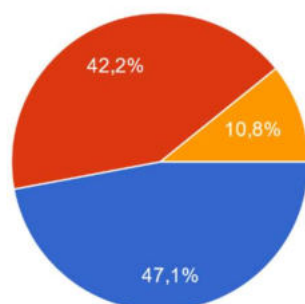
101 válasz



- nem okoz problémát
- enyhe problémát okozott
- jelentős problémát okozott
- súlyos problémát okozott, vagy egyáltalán nem aludt

### Korai ébredés (reggel a kívánatosnál korábban ébred fel)

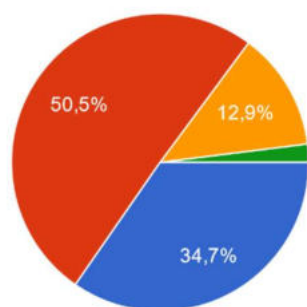
102 válasz



- nem okoz problémát
- kicsivel korábban
- jelentősen korábban
- sokkal korábban, vagy egyáltalán nem aludt

### Az alvás teljes időtartama

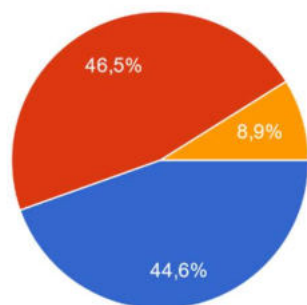
101 válasz



- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz, vagy egyáltalán nem aludt

### Az alvás átlagos minősége(függetlenül attól, mennyi ideig aludt)

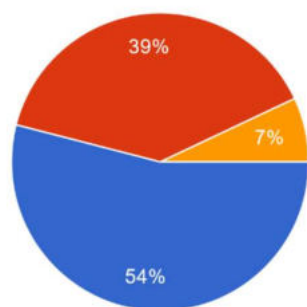
101 válasz



- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz, vagy egyáltalán nem aludt

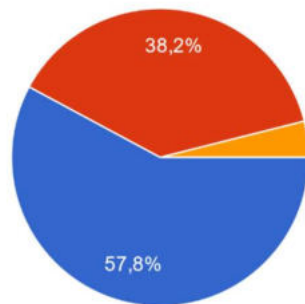
### Nappali közérzet

100 válasz



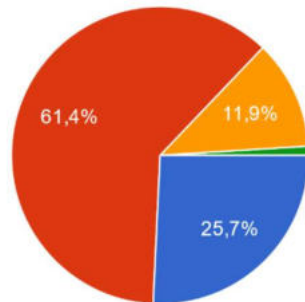
- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz

Nappali (testi és szellemi) teljesítmény  
102 válasz



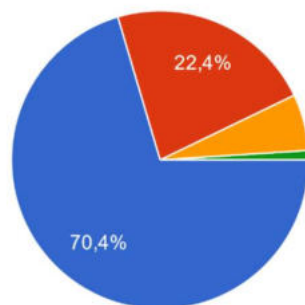
- megfelelő
- kissé rosszabb
- kifejezetten rossz
- nagyon rossz

Nappali álmoság  
101 válasz



- nincs
- enyhe
- kifejezett
- nagyfokú

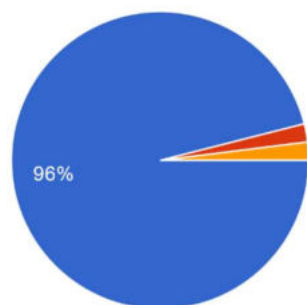
MOZGÉKONYSÁG  
98 válasz



- Nincs problémám a járással
- Enyhe problémám van a járással
- Közepes fokú problémám van a járással
- Súlyos problémám van a járással
- Képtelen vagyok járni

## ÖNELLÁTÁS

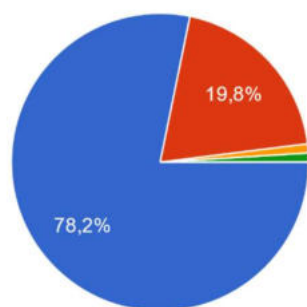
101 válasz



- Nincs problémám a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- Enyhe problémám van a tisztálkodással vagy öltözködéssel
- Közepes fokú problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- Súlyos problémám van a tisztálkodással vagy az öltözködéssel
- Képtelen vagyok önállóan tisztálkodni vagy öltözködni

## SZOKÁSOS TEVÉKENYSÉGEK (pl. munka, tanulás, házimunka, családi vagy szabadidős tevékenység)

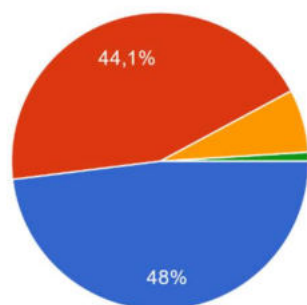
101 válasz



- Nincs problémám a szokásos tevékenységeim elvégzésével
- Enyhe problémám van szokásos tevékenységeim elvégzésével
- Közepes fokú problémám van szokásos tevékenységeim elvégzésével
- Súlyos problémám van szokásos tevékenységeim elvégzésével
- Képtelen vagyok elvégezni szokásos tevékenységeimet

## FÁJDALOM / ROSSZ KÖZÉRZET

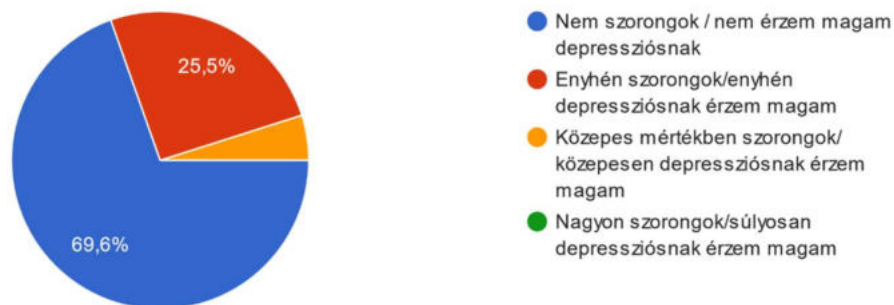
102 válasz



- Nincs fájdalom vagy rossz közérzetem
- Enyhe fájdalom van kissé rossz közérzetem
- Közepes fokú fájdalom vagy közepesen rossz közérzetem van
- Súlyos fájdalom vagy nagyon rossz közérzetem van
- Rendkívül erős fájdalom vagy rendkívül rossz közérzetem van

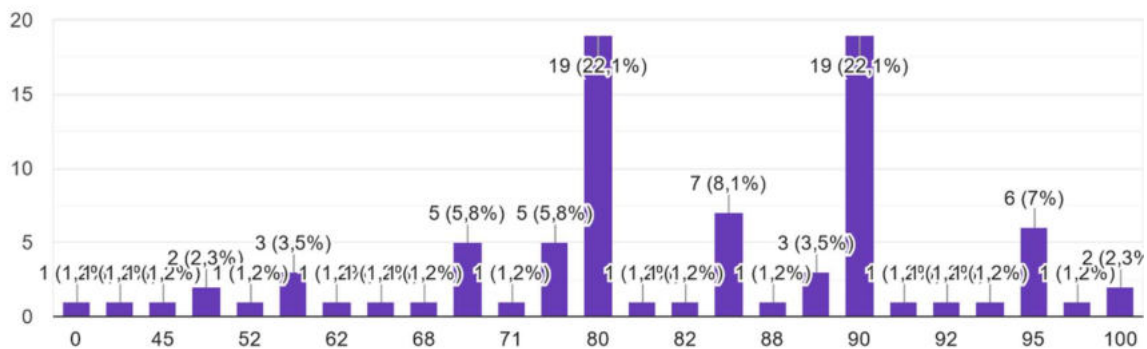
## SZORONGÁS / DEPRESSZIÓ

102 válasz



Szeretnénk megtudni, hogy MA milyen jó vagy rossz az Ön egészségi állapota. Az elképzelhető legjobb egészségi állapot „100”, míg az elképzelhető... a mai egészségi állapotát jelöli (1 és 100 között).

86 válasz





#### 4. MÁSODIK PILOT ELEM: ISMERETÁDÁS, KONZULTÁCIÓ - AZ ALKALMAZOTT OKTATÁSI ANYAGOK

##### **1. A pilot projektben alkalmazott képzési anyagokról**

A pilot projekt mellett, hogy felmérte a résztvevők egészségügyi állapotát, komplex ismeretanyagot nyújtott a résztvevők számára. Az ismeretátadás a rendezvények mellett online tananyagok biztosításával is megvalósult. A résztvevők az előadások anyagaihoz online felületről letölthető formában is hozzáférhetnek

<https://mta-pte.ajk.pte.hu>

##### **2. A tananyagok készítői, konzulensek**

A kiegészítővel kapcsolatos anyagokat készítette:

Dr. med. Fehér Gergely, Pécsi Tudományegyetem Foglalkozás-egészségügyi és Mentálhigiénés Központ

Dr. Pankász Balázs, Pécsi Tudományegyetem Foglalkozás-egészségügyi és Mentálhigiénés Központ

##### **3. Az egyes modulok, képzési anyagok**

---

#### I. Modul – A MUNKAHELYI ÉLETMINŐSÉG

A fejfájásokról általában

A fejfájásokról általában...

A fájdalom az egyik leggyakoribb panasz, amellyel az emberek az orvoshoz fordulnak.

A fejfájások túlnyomó többsége (> 90%) megfelelő (!) gyógyszeres kezelésen kívül semmiféle egyéb teendőt nem igényel, még CT vagy MR vizsgálatot sem!

Sok esetben a koponya képalkotón melléklet ábrázolódik (cysták, vénás anomáliák, fehérállományi léziók stb), melyek igen félrevezetőek lehetnek, főleg, ha nem vagyunk tisztában ennek mibenlétével.

Fájdalommal járó leggyakoribb kórképek (becsült adatok)

Migrén	1 000 000
Tenziós fejfájás (minimum)	2 000 000
Derékfájás	1 000 000
Diabeteses idegkárosodás (neuropathia)	30-50 000
Parkinson kórral kapcsolatos fájdalmak	15-20 000
Fájdalom sclerosis multiplexben	6-8000
Agyérintéskésztő utáni fájdalom	???

Téveszmék

A laikusok, de az orvosok döntő többsége is szervi eredetűnek tart minden fájdalmat, sokszor sok és felesleges vizsgálatot kér, illetve végez, hogy „logikus” magyarázatot találjon a fájdalomra.

„Kell ott lenni valaminek” szemlélet uralkodik, és vezet téves diagnózisokhoz, felesleges kezelésekhöz, műtétekhez, kezelésekhöz, számos esetben indokolatlan rokkantossághoz.

Kivizsgálási séma - szükséges?

Alapvetően nem szükséges a „bevált” kivizsgálási séma (szemészet, fülészet, nyaki gerinc RTG, nyaki UH stb.) Megjegyzendő: nyaki UH messze a legindokolatlanabb vizsgálat, melyet házi orvosok (és egyéb szakmák) kérnek.

Érdemi eredményhez nem vezet, ellenben a meglepő kevés kapacitást is túlterheli.

Fejfájások besorolására megfelelő ajánlások vannak.

IHS Classification Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Landry BA. et al. Can Fam Physician. 2011,57(8):e299-304

Készüljön-e képalkotó vizsgálat?

A fejfájások beosztására, kivizsgálására és kezelésére megfelelő ajánlások vannak, rutinszerűen CT vagy MR illetve ezek ismétlése nem szükséges.

Amennyiben indokolt (akár a beteg szorongása okán is) MR vizsgálat az elsőként választandó képalkotó, sokkal érzékenyebb mint a koponya CT (ráadásul vannak olyan statisztikák, hogy a daganatos megbetegedések akár 2-3%-áért az ismételt és indokolatlan CT vizsgálatok a felelősek).

Sem a CT, sem az MR nem „gyógyít” és gyakran félrevezető mellékletek ábrázolódnak (cysta, meszesedés stb.)

Agydaganat kevesebb, mint az esetek egy ezrelékében (< 1:1000) állhat a panaszok hátterében.

---

## II. Modul – Különböző panaszok

### Fejfájások beosztása

Két nagy fejfájás típust különböztetünk meg alapvetően:

1. Elsődleges fejfájások (nincs kiváltó „ok”, ebbe tartozik a kórképek túlnyomó többsége > 90%). A leggyakoribbak a migrén, a tenziós fejfájás és a trigemino-autonom fejfájások.
2. Másodlagos fejfájások (itt valamiféle betegség kimutatható a háttérben, de a leggyakoribb „ok” a hangulatzavar/depresszió – larvált depresszió jelentősége).

IHS Classification Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Landry BA. et al. Can Fam Physician. 2011,57(8):e299-304

### Közönséges migrén

A. Legalább 5 fejfájás, mely kielégíti B-D pontokat

B. Fejfájás időtartama 4-72 óra

C. Fejfájás kapcsán legalább 2 jellegzetesség teljesül

1. féloldali lokalizáció
2. pulzáló jelleg
3. közepes vagy súlyos erősségű
4. fizikai aktivitás fokozza

D. Fejfájás alatt legalább 1 jelenség megfigyelhető

1. hányinger vagy hányás
2. fény-, és/vagy hangérzékenység

Népeség 8-16%-át érinti, nőknél 3x gyakrabban fordul elő.

### Komplikált vagy szövődményes migrén

Az esetek nagy részében (mintegy 20%) a fejfájás előtt különböző tünetek (aura) léphetnek fel.

Ezek lehetnek:

1. látásprobléma
2. érzészavar
3. beszédzavar
4. gyengeség, bénulás
5. szédülés, mozgászavar, kettőskép, négyvégtagi gyengeség

Bevezető tünetek (aura) jellemzői:

1. egy aura tünet általában 5 percig tart, de egymást több követheti
2. aura tünet 5-60 percig tarthat
3. általában egyoldali
4. általában 60 percen belül követi a fejfájás

A leggyakoribb tünet a látászavar az esetek 90%-ában (terjedő cikkcakk vonal, felvillanó foltok, látótérkiesés), ezen tüneteket gyakran követheti érzés- és beszédzavar.

### Migrén kezelése

Ritka előfordulás esetén szimpla fájdalomcsillapító is elég lehet. Azonban sokféle fájdalomcsillapító gyógyszer hosszú távú szedése faramuci módon fejfájást válthat ki.

Vannak speciális, migrén-ellenes gyógyszerek – triptánok, melyet akár a házi orvos is felírhat.

Havi 3-4 vagy ennél gyakoribb fejfájásos periódus esetén megfontolandó ún. megelőző kezelés beállítása. Ez a gyakorlatban mindennapos gyógyszereszedést jelent minimum 6 hónapos időtartamban. Sokféle gyógyszernek van migrénellenes hatása

(vérnyomáscsökkentők, depresszió kezelésére használatos szerek, epilepsziás roham elleni szerek stb - kb 60 fél gyógyszer).

Migrén terápiája

Tenziós fejfájás

A. Kevesebb, mint 10 fejfájás/hó mely B-D kritériumokat teljesíti

B. 30 perc - 1 nap

C. Két jellegzetesség a következő tünetekből

- kétoldali
- nyomó-feszítő
- enyhe vagy közepes erősségű
- nem fokozza fizikai aktivitás

D. Mindkettő jellemző

- nem kíséri hányinger, hányás
- nem kíséri fény- és hangérzékenység

Tenziós fejfájás kezelése

Ritka előfordulás esetén szimpla fájdalomcsillapító is elég lehet.

Havi 3-4 vagy ennél gyakoribb fejfájásos periódus esetén megfontolandó ún. megelőző kezelés beállítása. Ez a gyakorlatban mindennapos gyógyszereszedést jelent minimum 6 hónapos időtartamban. A tenziós fejfájás kezelésére bizonyos, eredetileg depresszió kezelésére kifejlesztett szerek hatásosak.

## Trigemino-autonom fejfájások

Ezen fejfájások közé olyan kórképek tartoznak, melyek szemduzzanattal és könnyezéssel, továbbá orrfolyással járnak heves féloldali fejfájás mellett. A fejfájás időtartama néhány másodperctől kezdve akár órákig is tarthat, és jellemzően visszatér még aznap.

Az egyik legkellemetlenebb karakterű fejfájás.

## Cluster fejfájás

Epizódikus cluster fejfájás

Krónikus cluster fejfájás

## Paroxysmalis hemicrania

Epizódikus paroxysmalis hemicrania

Krónikus paroxysmalis hemicrania

## Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks

Short-lasting unilateral headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)

Epizódikus SUNCT

Krónikus SUNCT

## Short-lasting unilateral headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)

Hemicrania continua

---

## III. Modul Panaszok kezelése

### Mikor aggódjunk mégis?

- A beteg életében első, vagy legrosszabb fejfájás, főleg, ha ütésszerű kezdetű!
- Megváltozott jellegű fejfájás roham (gyakoriság, súlyosság, tünetek)
- Bénulás vagy görcsroham kíséri
- Lázzal járó új keletű fejfájás
- Reggelre súlyosbodó, erő kifejtésre, fizikális terhelésre romló, egyre rosszabb fejfájás

- Idős beteg új keletű fejfájása

De aggódjunk túl sok fájdalomcsillapító szedése esetén is!!!

### Fájdalomcsillapítók

- 2017-ben hazánkban 16 millió doboz fogyott, azaz napi 44 000 doboz került kiváltásra!

- 7 600 000 volt vényköteles, többi nem

- 2014-ben 9 800 000

- 2014-es adatok alapján minden egyes lakos 15 napig maximális dózisú fájdalomcsillapítót szedett

### IMS HEALTH adatbázis

### Fájdalomkezelés

Krónikus fájdalomról beszélünk, ha a panasz, több, mint 3 hónapja fennáll.

A krónikus/neuropathiás fájdalom az esetek döntő részében az idegrendszer károsodása miatt alakul ki tehát nincs szervi ok a fájdalom hátterében, illetőleg a kivizsgálások során talált eltérések általában mellékletek.

A krónikus fájdalom nagyon gyakran szövődik különböző pszichiátriai kórképekkel (hangulatzavar, alvászavar, szorongás) és a pszichiátriai alapbetegség is hajlamosít fájdalom szindrómák kialakulására.

Ezen betegek nem hagyományos fájdalomcsillapító terápiát, hanem speciális kezelést igényelnek, akár több szakmát is érintve.



### A kiégésről

Napjaink egyik leggyakrabban emlegetett jelensége. A pszichológia 1974 óta használja a fogalmat (Freudenberg). Intenzív kutatások ellenére orvosi besorolása nem történt meg.

Legszélesebb körben alkalmazott metodika Christina Maslach munkásságán alapul

### A kiégés komplexitása

A kiégést három dimenzióját határozták meg (Christina Maslach):

1. Emocionális kimerültség (előtérben álló jelenség; az egyén érzelmi erőforrásai kiapadnak, úgy érzi, nincs mit adhatna másoknak);
2. Deperszonalizáció (ügyfelekhez/kollégákhoz illetve a munkához való negatív viszony jellemezi);
3. Csökkent hatékonyság érzése (elvégzett munka minősége és saját elvárások közötti különbség érzete, melyhez ehhez nagyfokú negatív önértékelés is társul).

### A kiégés rizikótényezői

- túlterhelés/teljesítménykényszer (akár belső készletelés, akár külső tényezők, mint például munkaerőhiány okán),
- fokozott stressz,
- a munkafüggőség és – mánia (workaholic),
- különösen a segítő munkakörökben dolgozók között, de másutt is jelen van (lásd school burnout),

□ gyors látványos eredmények, pozitív visszajelzések viszonylag ritkák (orvos, pedagógus, szociális munkás stb.).

## A KIÉGÉS ELLENI KÜZDELEM

### A kiégés elleni küzdelem

A kiégés nem csak munkahelyi körülmények, hanem egyéni jellemzők következtében is kialakulhat.

Legfontosabb dolog ennek felismerése mind a munkáltató, mind a munkavállaló részéről!

<https://coachszemle.hu/2015/06/08/thomas-m-h-bergner-burn-out-a-kieges-megelozese-12-lepesben/>

### Egyéni tényezők I.

A diszfunkcionális attitűdök a személynek az önmaga és a világ iránt kialakított negatív viselkedési formái. Ez döntően olyan kognitív hibákat, diszfunkcionális elvárásokat jelent, melyek gyermek- és fiatal felnőttkori minták akaratlan "eltanulása" révén rögzülnek az emberben, viselkedését/elvárásait önkéntelenül is merev, helytelen sémákként befolyásolják.

Részben munkahelyi, részben belső tényezők hatása következtében, ha a kifejtett munkahelyi erőfeszítések és az ezért kapott jutalmak, elismerések aránya nem megfelelő (akár objektíven, akár szubjektíven megítélve), az ebből adódó feszültség kiégéshez és esetleges egészségkárosodáshoz vezethet.

### Egyéni tényezők II.

A társas támogatás meghatározó részét képezi egyéni életünknek, kedvezően befolyásolhatja a krónikus terhelésre, a stresszre adott mentális és testi válaszreakciókat, segíti az értékelés és a megküzdés folyamatát.

A kiégés és a depresszió kapcsolata évtizedek óta a foglalkozás-egészségügy egyik legintenzívebben vizsgált kérdése, hiszen tüneteik jelentős átfedést mutatnak, úgy mint az empátiás képesség csökkenése, a jelentős örömképtelenség, a szociális és egyéb ingerektől való eltávolodás és a döntések meghozatalával kapcsolatos nehézségek többek között - ám a depresszió inkább következmény, mint oki tényező.

## A KIÉGÉS TÜNETEI

A kiégés nem csak lelki tünetekkel jár, szignifikáns összefüggés látszik ábrázolódni a cukor- és cardiovascularis betegségekkel,

A különböző fájdalomszindrómákkal, légzésszervi és gastrointestinalis megbetegedésekkel, továbbá a fiatalkori (<45 év) halálozás fellépésével, ami a kórkép klasszifikációjának újragondolását teszi szükségessé.

1. Salvagioni DAJ et al. PLoS One. 2017;12(10):e0185781.

2. [https://mersz.hu/dokumentum/m386szgyes\\_52](https://mersz.hu/dokumentum/m386szgyes_52)

---

## V. Modul - Neuropathiás fájdalom I.

Definíció szerint neuropathiás fájdalom a perifériás vagy a központi idegrendszer primer károsodásának vagy funkciózavarának következtében kialakult fájdalom.

Primer károsodás lehet stroke, sclerosis multiplex, Parkinson kór illetőleg egyéb neurodegeneratív megbetegedés vagy egyéb sérülés következménye, illetőleg diabetes vagy kemoterápia okozta perifériás idegkárosodás is állhat a háttérben.

Fontos megjegyezni, hogy a krónikus neuropathiás fájdalom leggyakoribb okai mozgásszerviek, krónikus lumbalis vagy cervicalis radiculopathia áll az esetek túlnyomó többségében – rokkantság vezető okai között vannak!

Neuropathiás fájdalom II.

A neuropathiás fájdalom a populáció akár 7-10%-át érintheti és gyakran alulkezelt.

A neuropathiás fájdalom kialakulása komplex, jelenleg minden részletében még nem ismert folyamat. A bonyolult perifériás és centrális mechanizmusok eredményeként fokozódik a sejtek ingerlékenysége, megnövekedik receptív területük és fokozottabban továbbítanak fájdalom impulzusokat, illetve nem fájdalmas ingerek is fájdalmat váltanak ki.

Komoly S.: Fájdalom formái, neuropathiás fájdalom és krónikus fájdalom, és a derékfájás a neurológus szemszögéből – előadás  
([www.docplayer.hu](http://www.docplayer.hu))

## FÁJDALOM SZEMÉLYISÉG

Krónikus, illetőleg neuropathiás fájdalomban szenvedő betegek esetében nagyon gyakran észlelhető depresszió, illetőleg alvászavar kialakulása is.

Ennek magyarázata kettős: egyrészt a krónikus fájdalom szindrómában szenvedő betegek kórelőzményében gyakrabban szerepel pszichiátriai megbetegedés, másrészt bizonyos agyterületek sorvadása (atrophiája) is kimutatható, melyek következménye lehet az alvás-illetőleg hangulatzavar is.

## KIÉGÉS ÉS NEUROPATHIÁS FÁJDALOM

A kiégés szoros összefüggést mutat a mozgásszervi fájdalommal, közötté az igen gyakori derékfájással, de nincs arra utaló adat, hogy az egyes fájdalomtípusok (nociceptív/kevert/neuropathiás) milyen hatással vannak a kiégésre és fordítva.

Mind a kiégés, mind a neuropathiás fájdalom kialakulásában fontos szerepe van a belsőleges, illetve lelki tényezőknek, továbbá az interperszonális kapcsolatoknak. Érdekes

módon a közös emocionális háttér ellenére a neuropathiás derékfájás és a kiégés kapcsolata korábban még nem került leírásra.

## A KIÉGÉS VIZSGÁLATA – példa a kérdőíves felmérésre

### Módszerek I.

A strukturált kérdőívekre alapozott keresztmetszeti vizsgálat 2019. április 1. és 2020. március 31. közötti időszakban zajlott Magyarországon Kecskeméten, Komlón és Budapesten a PTE/96773-2/2018. számú etikai engedélye alapján.

Beválasztási kritérium volt, hogy a válaszadók az adott intézményeknél a kutatás időpontjában közalkalmazotti, alkalmazotti, megbízási jogviszonyban vagy személyes közreműködőként foglalkoztatottak legyenek pedagógusként, szociális munkásként, illetve egészségügyi dolgozóként. Nem kerülnek be a mintánkba azok a dolgozók, akik tartós távolléten voltak a vizsgálat lebonyolításának időpontjában.

Kizárási kritérium volt továbbá a 18 év alatti, illetve 65 év feletti életkor, a súlyos ill. kontrollálatlan alapbetegség (malignitás, nem megfelelően beállított tenzió stb), valamint, ha a dolgozó nem egyezett bele a kérdőív kitöltésébe.

### Módszerek II.

#### Demográfiai adatok

- életkor
- nem
- családi állapot
- gyermekek száma
- iskolai végzettség
- munkakör
- munkával eltöltött évek száma
- munkarend

- jogviszony típusa
- másodállás vállalása

#### Rizikótényezők

- cukorbetegség
- magasvérnyomás-betegség
- koszorúér megbetegedés (ISZB)
- generalizált fájdalom (>1 testtájékot érint)
- depresszió

#### Módszerek III.

##### Kérdőívek:

- PAIN DETECT (neuropathiás derékfájdalom)
- Maslach Burnout Inventory (kiegés)
- Rövidített Diszfunkcionális Attitúd Skála (attitúdók)
- Beck-féle depresszió rövidített kérdőív (hangulatzavar)

##### Statisztikai analízis:

Az adatok a leíró statisztika eszköztárával, T-próbával,  $\chi^2$ -próbával, korrelációs számítással, varianciaanalízissel és logisztikai regressziós analízissel kerültek elemzésre.

A korrelációs modellben a neuropathiás fájdalom összpontszáma (PD-Q) kérdőív alapján volt a függő változó, független változók a Beck-féle rövidített Depresszió Kérdőív és az MBI kérdőív összpontszáma, valamint a Rövidített Diszfunkcionális Attitúd Skála (DAS-SFI) eredményei voltak.

Logisztikai regressziós modellben az összes vizsgálat paraméter (demográfiai adatok, rizikótényezők és alkalmazott kérdőívek, illetve azok eredményei voltak) elemzésre került a neuropathiás fájdalom független rizikótényezőinek meghatározása céljából.

##### Vizsgálati alanyok

Össességében 1500 kérdőív került kiosztásra és 1141 teljesen kitöltött kérdőív érkezett vissza a vizsgálati időszak végéig (válaszadási ráta 76%).

A kitöltés önkéntes, anonim módon történt. 300 szociális munkás, 399 pedagógus és 442 egészségügyi dolgozó adatai kerültek elemzésre. A válaszadók 56,4%-a férfi (643 fő), 43,6%-a (498 fő) nő volt.

Átlagos dolgozó: 36-55 év közötti, házasságban él, legalább 2 gyermeke van, 11-30 éve dolgozik.

## EREDMÉNYEK I.

Derékfájás a dolgozók 55,2%-ában (630 fő) volt detektálható, 264 főnél (23,1%) ez egyértelműen neuropathiásnak bizonyult (PD-Q 19 pont feletti).

A kiégés átlagpont száma  $57,6 \pm 16,2$  volt, 18,6% enyhe (212 fő), 77,5% közepes fokú (884 fő) és 3,9% (45 fő) súlyos fokú kiégésben szenvedett eredményeink alapján. Klinikailag jelentős kiégés a dolgozók 81,4%-át érintette (közepes + súlyos fokú kiégés).

## EREDMÉNYEK II.

A neuropathiás derékfájdalom szignifikánsan gyakrabban fordult elő 62 év feletti (p = 0,035), kettő vagy több gyermeket nevelők (p = 0,005), szociális munkások (p = 0,03), és másodállással rendelkezők körében (p = 0,014).

A neuropathiás derékfájdalom szignifikáns összefüggést mutatott a hipertóniával (p = 0,006), a diabetes jelenlétével (%), (p < 0,001), a kórelőzményben szereplő depresszióval (p = 0,014) és a generalizált fájdalommal (p = 0,044).

### EREDMÉNYEK III.

A közepes és súlyos depresszió, akár csak a diszfunkcionális attitűdök szoros szignifikáns összefüggést mutattak a neuropathiás derékfájdalom fennállásával ( $p < 0,05$  minden esetben).

A depresszió, illetve a diszfunkcionális attitűdök súlyossága szintén szignifikáns korrelációt mutatott a kiégés mértékével ( $r = 0,38$ ,  $p = 0,004$  és  $r = 0,327$ ,  $p < 0,001$ ).

A súlyos fokú kiégés szintén statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a neuropathiás derékfájdalommal ( $p = 0,012$ ). A kiégés súlyossága és a neuropathiás fájdalom fellépte között gyenge, de statisztikailag szignifikáns korreláció ( $r = 0,169$ ,  $p < 0,001$ ).

### MULTIVARIÁCIÓS ANALÍZIS

Multivariációs analízis során (mely az összes tekintetbe vett paramétert tartalmazta) a neuropathiás derékfájdalom szignifikáns rizikótényezőjének a 62 év feletti életkor ( $OR = 3,981$ ,  $p = 0,01$ ), a kettő, vagy több gyermekes család ( $OR = 2,638$ ,  $p = 0,003$ ), a szociális munkásként való elhelyezkedés ( $OR = 6,654$ ,  $p < 0,001$ ), a kiégés ( $OR = 2,577$ ,  $p < 0,001$ ), a depresszió jelenléte ( $OR = 2,397$ ,  $p < 0,001$ ), és a generalizált fájdalom bizonyultak ( $OR = 4,076$ ,  $p < 0,001$ ).

### KÖVETKEZTETÉSEK

Összegezve, vizsgálatunk az első, mely szoros összefüggést mutatott ki a kiégés és a neuropathiás derékfájdalom között, mely a munkából való kiesés leggyakoribb okai közé tartozik.



Eredményeink alapján azonos rizikótényezők játszanak szerepet mind a kiégés, mind a neuropathiás derékfájdalom létrejöttében és hasonló társult betegségekkel járnak együtt, mely hasonló patomechanizmus lehetőségét veti fel.

A kapott eredmények hátterét egyértelműen megmagyarázni nem tudjuk, ennek további tisztázása szükséges.

## 5. AZ ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÁS MEGVALÓSÍTÁSA

### 1. A pilot módszertan az adatvédelemről

Tekintettel arra, hogy a pilot kérdőívek személyes adatokat tartalmaznak, ideértve egészségügyi adatokat is, a pilot tevékenység lebonyolítása alatt az anonimitás biztosítása mellett az adatvédelmi szabályok maradéktalan betartása alapvető követelmény.

### 2. A javasolt adatvédelmi tájékoztató

#### ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ MUNKAHELYI KIÉGÉSSEL KAPCSOLATOS KÉRDŐÍV KITÖLTÉSE ÉS KAPCSOLATTARTÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ ADATKEZELÉSRŐL

Az [XY szervezet] (a továbbiakban: [szervezet]) elkötelezett a személyes adatok magasszintű védelme mellett, ezért az Európai Parlament és a Tanács a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló 2016/679. számú rendeletével (a továbbiakban: GDPR) összhangban az Ön személyes adatai kezelésével kapcsolatban az alábbi tájékoztatást adja.

A kérdőív kitöltése önkéntes és közvetlen azonosító adatokat nem tartalmaz. A kérdőív felvételének nem célja az Ön azonosítása, azonban a kérdőívre adott egyes válaszok, különösen a kérdőív 1-12 pontjára adott válaszok összessége, a szabadszöveges mezőkre adott, illetve az elérhetőségre adott válaszok során megadhat olyan adatokat, amellyel azonosíthatóvá válhat.

Az adatkezelő adatai	
Az adatkezelő neve	[Adatkezelő neve]
Az adatkezelő elérhetősége	Cím: [Cím] Telefon: [Telefonszám] E-mail: [E-mail cím]

	Web: [Webcím]
<b>Az adatkezelő képviselőjének elérhetőségei</b>	Név: [Képviselő neve] Telefon: [Telefonszám] E-mail: [E-mail cím]
<b>Az adatkezelő adatvédelmi tisztviselőjének elérhetőségei</b>	Név: [Adatvédelmi tisztviselő neve] Telefon: [Telefonszám] E-mail: [E-mail cím]
<b>Adatkezeléssel kapcsolatos információk</b>	
<b>A személyes adatok kezelésének céljai</b>	<p>Az adatkezelő a kérdőívre adott válaszokat a munkahelyi kiegészéssel kapcsolatos tudományos kutatás céljából kezeli.</p> <p>A kérdőív felvételének nem célja az Ön azonosítása, azonban a kérdőívre adott egyes válaszok, különösen a kérdőív 1-12 pontjára adott válaszok összessége, a szabadszöveges mezőkre adott, illetve az elérhetőségre adott válaszok során megadhat olyan adatokat, amellyel azonosíthatóvá válhat.</p> <p>Az elérhetőséggel kapcsolatos kérdésekre (e-mail cím, telefonszám) adott válaszok célja az Önnel való kapcsolatfelvétel a kutatással kapcsolatos eredmények megosztása, a kutatás során nyújtott egyes szolgáltatások (pl. oktatás) nyújtása céljából.</p>
<b>A kezelt adatok köre</b>	A kezelt adatok köre kiterjed az Ön által a kérdőív kitöltése során megadott valamennyi személyes adatra.
<b>Az adatkezelés jogalapja</b>	<p>Az adatkezelés jogalapja az Ön kifejezett és önkéntes hozzájárulása (az általános adatvédelmi rendelet 6. cikk (1) bekezdés a) pontja) alapján, amelyet [a kérdőívet megelőző checkbox bejelölésével / a kérdőívre adott válaszok elküldésével mint ráutaló magatartással] ad meg.</p> <p>A kifejezett hozzájárulása alapján a különleges adatai az általános adatvédelmi rendelet 9. cikk (2) bekezdés a) pontjában foglaltak szerint jogszerűen kezelhetők.</p> <p>Önt megilleti az a jog, hogy e hozzájárulását bármikor visszavonja. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés</p>

	jogszerűségét.
<b>A személyes adatok címzettjei</b> (azaz azok a személyek, akik vagy amelyek részére az adatkezelő személyes adatot továbbít)	<p>A kérdőív a Google Forms rendszerén keresztül kerül kitöltésre, ezzel összefüggésben az adatkezelő a Google Ireland Limited (Gordon House, Barrow Street, Dublin 4 Ireland. Telefonszám: +353 1 436 1000) vállalkozást adatfeldolgozóként veszi igénybe. Bizonyos adatokat a Google Ireland Limited önálló adatkezelőként kezel a saját adatvédelmi irányelveinek (tájékoztatójának) megfelelően (<a href="https://policies.google.com/privacy">https://policies.google.com/privacy</a>).</p> <p>[Ha vannak további címzettek, azt kérem megadni. Címzett mindenki, akinek az adat a tudomására jut (adatfeldolgozó, közös adatkezelés esetén a másik adatkezelő, adattovábbítás esetén az, aki az adatokat megismeri, stb. Nem címzett az adatkezelőn belül az a munkatárs, aki megismeri az adatokat, illetve az a külső hatóság sem, aki egyedi adatigénnyel kért adatot (pl. rendőrség egy nyomozáshoz)].</p> <p>[Ugyan nem minősül címzettnek, gyakori elem a tájékoztatókban azon szervezeti egységek vagy vezetők megnevezése, akik az adatokhoz hozzáférnek.]</p>
<b>Az adatkezelő harmadik országba</b> (vagy nemzetközi szervezet részére) <b>továbbítja-e a személyes adatokat</b>	[Harmadik országba = EGT-n kívüli országba történő adattovábbítás ténye és hogy az adatkezelő milyen garanciákat alkalmaz a megfelelőség megállapítására a GDPR 46-49. cikkei alapján. Feltehetően a projekt keretében erre nem kerül sor.]
<b>A személyes adatok tárolásának időtartama, illetve ezen időtartam meghatározásának szempontjai</b>	[A tárolás időtartama. Ha konkrétan nem adható meg, akkor annak a szempontnak a megadása, ami a tárolást meghatározza. A tárolásnak igazodnia kell az adatkezelés céljához].
<b>Adatbiztonságról történő tájékoztatás:</b>	[Rövid, tömör, általános tájékoztatás az adatbiztonsági intézkedésekre nézve, pl. hogy az adatkezelő hol és hogyan

	tárolja a kitöltött kérdőíveket, ha jogosultságkezelést, naplózást alkalmaz, akkor erről a tényről, stb.] Ha van adatbiztonsági szabályzat, amelynek hatálya ezen adatkezelésre kiterjed, akkor az is hivatkozható.
<b>Érintetti joggyakorlással és jogorvoslattal kapcsolatos információk</b>	
<b>Az adatkezeléssel kapcsolatban önt megillető jogok</b>	<p>Ön a GDPR alapján kérheti az adatkezelőtől</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a 15. cikk szerint az önre vonatkozó <b>személyes adatokhoz való hozzáférést</b>, azaz információt kérhet arról, hogy önnel kapcsolatban milyen adatokat, milyen célból, milyen jogalappal kezelünk, meddig őrizzük meg, valamint az adatkezelés további körülményeiről. A saját adataiba – megfelelő személyazonosítás mellett – betekinthez, és azokról másolatot is kérhet, amennyiben az mások jogait nem érintheti hátrányosan;</li> <li>- a 16. cikk szerint az önre vonatkozó <b>személyes adatok helyesbítését</b>, például, ha valamely adata megváltozik vagy tévesen lett rögzítve;</li> <li>- bizonyos feltételek esetén a GDPR 17. cikk értelmében a <b>személyes adata törlését</b>, különösen, ha az adatkezelés célja megszűnt, vagy az adatkezelés jogellenes, illetve a hozzájárulását visszavonta (és nincs más jogalap az adatok további kezelésére);</li> <li>- az önre vonatkozó <b>személyes adatok kezelésének korlátozását, a 18. cikkben foglalt feltételekkel</b>;</li> <li>- az ön által rendelkezésükre bocsátott adatok tekintetében az <b>adathordozhatósághoz való jog érvényesítését</b>;</li> </ul>
<b>Az érintetti joggyakorlás rendje</b>	<p>Az érintett a jogait a fent megjelölt elérhetőségeken díjmentesen gyakorolhatja. Az érintetti joggyakorláshoz egyes esetekben az érintett azonosítására, vagy (pl. helyesbítéshez való jog gyakorlása) valamely további adat igazolására lehet szükség. Az érintetti joggyakorlásra irányuló kérelmet az adatkezelő legkésőbb egy hónapon belül elbírálja. Szükség esetén (figyelembe véve a kérelem összetettségét), ez a határidő további</p>

	két hónappal meghosszabbítható. A meghosszabbításról az érintett 1 hónapon belül tájékoztatást kap.
<b>Az adatkezeléssel kapcsolatos jogorvoslati jogok</b>	<p>Önnek joga van az adatkezeléssel kapcsolatban</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- az adatkezelőhöz vagy az adatvédelmi tisztviselőjéhez fordulni a fenti elérhetőségek egyikén;</li> <li>- a felügyeleti hatósághoz (Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság; NAIH) panaszt benyújtani (levelezési cím: 1363 Budapest, Pf. 9.; telefon: +36 (1) 391-1400, email: <a href="mailto:ugyfelszolgalat@naih.hu">ugyfelszolgalat@naih.hu</a>, honlap: <a href="https://naih.hu">https://naih.hu</a>);</li> <li>- bírósághoz (választása szerint a lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes törvényszékhez) fordulni.</li> </ul>

## 6. HARMADIK PILOT ELEM: ELLENŐRZÉS, A PILOT PROGRAM FELMÉRÉSEINEK ÉRTÉKELÉSE, TAPASZTALATOK, SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

### **A hangulatzavarok hatása a munkahelyi életminőségre**

A szorongással illetve hangulatzavarral (depresszióval) járó kórképek vissza-visszatérő jellegük okán igen nagy problémát jelentenek mind az alap-, mind a szakellátásban. Az érzelmi élet zavarain kívül fokozott szív- és érrendszeri kockázattal járnak együtt, részben az affektív zavar oldására alkalmazott alkohol illetve egyéb élvezeti szerek alkalmazása miatt, részben a meglévő betegségek fel nem ismerése által (az előtérben álló hangulatzavar ezek felismerését illetve adekvát kezelését nehezíti). Meg kell említeni a az öngyilkossági kísérletek illetve a befejezett suicidumok számának emelkedését is. A következményes munkahely elvesztése, szociális izoláció és egyéb negatív hatású tényezők jelentős terhet rónak mind az egyénre (szűkebb és tágabb környezetére egyaránt), valamint a társadalomra (1).

A depressziós kórképeket alapvetően két nagy csoportba oszthatjuk. Unipoláris depresszió esetében a hangulatzavar dominál, ez az altípus a populáció akár 15-17%-át érintheti, míg bipoláris depresszió esetében a hangulatzavaros periódusokat mániás periódusok váltják (régbben ezt nevezték mániás depressziónak), mely a populáció 1,5-5%-át érintheti, ez utóbbi az egyik leginkább aggodalomra okot adó pszichiátriai kórképek közé tartozik. Értelemszerűen a fenti adatok élettartami előfordulásra vonatkoznak, irodalmi adatok alapján kalibrálva.

A szorongással járó kórképek előfordulása szintén 15% körülire tehető epidemiológiai felmérések eredményei alapján. A háziorvoshoz forduló betegek 10-12%-ában szorongásos tünetek állnak előtérben, nagyon gyakran hangulatzavarral kombinálva, mely differenciáldiagnosztikai nehézségekhez vezethet. Mind hazai, mind nemzetközi adatok alapján elmondható, hogy sajnos a hangulati élet zavaaraival küszködő betegek jelentős része nem kap érdemi kezelést, a pszichológushoz/pszichiáterhez fordulás mind a mai napig stigmatizáló jellegű (illetve annak tartják), noha itt jelentős geográfiai különbségek

fedezhetőek fel. Az öngyilkossági kísérletet illetve öngyilkosságot elkövető személyek több, mint 90%-a az aktuális diagnosztikai algoritmusok alapján egyértelműen kimondható pszichiátriai betegségben szenvedett a cselekmény idején. Ezek közül a leggyakoribb diagnózisok a súlyos depressziós epizód (56–87%), függőséggel járó betegségek (26–55%) és szkizofrénia (6–13%) (1). Meg kell említeni, hogy krónikus testi (szomatikus) betegség az esetek akár harmadában véleményezhető, noha ennek pontos feltérképezése igen komoly kihívásokban ütközik az esetek jelentős részében. Gyakori a szorongással és személyiségzavarral járó kórképek együttes előfordulása, de az affektív kórképek leginkább depresszióval, addikcióval illetve (következményes) szomatikus betegséggel járnak együtt. (1,4,6–12). Elmondható, hogy bármely fent felsorolt kórkép és szorongásos panaszok együttes jelenléte (különösen többes előfordulás esetén) jelentősen növeli az öngyilkossági kísérletek illetve befejezett suicidumok előfordulását (1,2,4-8,12).

A depresszió kimutatására alkalmazott módszer (döntően kérdőíves), illetve diagnosztikai határ (pontérték, illetve klinikai állapotfelmérés) alapvetően befolyásolja a diagnózis kimondását. A különböző tünetskálák értékelésén (azaz kérdőíves felmérések feldolgozásán) alapuló vizsgálatok általában túlbecsülik a hangulatzavar előfordulását, míg a szigorú, jól körülhatárolt diagnosztikus követelményeket használó vizsgálatok (randomizált, kettős vak vizsgálatok) alacsonyabb előfordulási gyakoriságot igazolnak. A különböző keresztmetszeti vizsgálatok alapján a hangulatzavar igen gyakori a populáció körében (aktuálisan felmért kép) a nők 18–34%-a, a férfiak 10–19%-a szenved az érzelmi élet valamilyen fokú zavarában. Kopp és Skrabski 1988-as reprezentatív hazai felmérése alapján 1988-ban a nők 3%-ánál, a férfiak 2,8%-ánál, míg egy 1995-ös felmérés szerint a nők 7,7%-ánál, a férfiak 6,3%-ánál volt kimutatható súlyos depressziós tünetegyüttes kérdőíves felmérés (rövidített Beck-féle depressziós kérdőív) eredményei alapján. A közepesen súlyos illetve súlyos hangulatzavar előfordulása a kor előrehaladtával növekvő előfordulást mutat, 39 éves kor alatt előfordulása 1,4–1,9%, 50–59 éves kor között 5%, míg 60 éves kor felett 11%. Meg kell jegyezni, hogy a fenti hangulatzavar, jóval tágabb kategória, mint az aktuális ajánlások és szigorú klinikai kritériumok alapján definiált major depressziós zavar és kérdőíves felmérés eredményei, melynek korlátait korábban részleteztük.

A hat fejlett, nyugat-európai ország (Belgium, Franciaország, Hollandia, Nagy-Britannia, Németország és Spanyolország) bevonásával készült strukturált kérdőív felhasználásán alapuló DEPRES vizsgálatban a súlyos hangulatzavar hat hónapos előfordulása 3,8–9,9% között volt (13,14).



A Szádóczky és munkatársai által 1994/1995-ben végzett - szintén kérdőíves felmérésen alapuló- tanulmány alapján nyert hazai adatok (akkor aktuálisan DSM-III-R /Pszichiátriai zavarok osztályozása és differenciáldiagnosztikája kritériumrendszer/ diagnózisok felhasználásával) nem térnek el lényegesen az előbb említett értékektől, az előbb említett kritériumrendszeren alapuló felmérésük szerint súlyos fokú depresszió élettartam előfordulása 15,1% a teljes populációra kalibrálva, ez nőknél 19,7%-os, férfiaknál 9,2%-os gyakoriságot jelent. A kórállapot egyéves előfordulása 7,1% a népesség körében, nőknél esetében 9%, míg férfiaknál 4,7%, míg az egy hónapos prevalencia 2,6%, mely nőknél 3,2%, férfiaknál 1,8%.

A hangulati élet zavaaraiban szenvedő páciensek több mint kétharmadában visszatérő lefolyás észlelhető, azaz adekvát kezelés nélkül (melybe mind a pszichoterápia, mind a gyógyszeres kezelések beletartoznak) az érzelmi élet zavarával járó epizód hónapokig, sőt évekig is eltarthat, mely gyakran társul szorongással, illetve a depresszió oldására alkalmazott élvezeti szerhez (döntően alkoholhoz) kapcsolódó függőséggel (13,14). A depressziós tünetegyüttesek előfordulása a nemzetközi és hazai vizsgálatok egybehangzó adatai szerint nőknél kétszer gyakoribb, mint férfiaknál. A nemek közötti különbség magyarázatára alapvetően két lehetőség adódik. Az egyik alapján a nők megküzdési stratégiái pszichoszociális, valamint a hagyományos értelemben vett női szerepek okán kevésbé hatékonyak a stresszhelyzetek feldolgozásában, mely következményes depresszióhoz vezethet, míg a másik elmélet szerint a nemi hormonok ciklikus változása okozhat vulnerabilitást következményes depresszióra való hajlammal.

A nemi különbségeken kívül szerepe van az iskolai végzettségnek, jövedelemnek illetve a családi állapotnak a depresszió kialakulásában (13). Az alacsonyabb fokú iskolázottság és jövedelem, továbbá az egyedül (döntően özvegy), illetve különélés fontos rizikótényezők a jelenség kialakulásában (13).

### **Depresszió és érrendszeri rizikó hatása a munkahelyi életminőségre**

Ha testi (szomatikus) betegség is fennáll, akkor a hangulatzavar diagnózisának kimondása nehézségbe ütközhet, hiszen a depresszió egyes tünetei (alvászavar, fáradtság, kimerültség, gyengeség stb) gyakran nehezen különíthetőek el a testi betegségétől, másrészt a

szomatikus betegség tünetei pedig elfedhetik a depresszió tüneteit, így a hangulati élet zavara felismerhetetlen maradhat (13,15). A depresszió és szomatikus betegség együttes fennállására a következő lehetséges magyarázatok adódnak statisztikai és epidemiológiai szempontból. Az egyik magyarázat a véletlen előfordulás lehetősége, ilyenkor a két betegség együttes előfordulása egymástól független, véletlenszerű, kezdetük sem esik egybe, azonban az aktuális vizsgálati időpontban mindkét betegség diagnózisa kimondható. Lehetséges közös oka a kórképeknek, ilyenkor kialakulásuk gyökere közös, ugyanarra a tényezőre vezethető vissza, példának okáért az elhúzódó stressz depressziót, gyomorfekélyt és érbetegséget okozhat. Az is előfordulhat, hogy a testi betegség a fennálló pszichiátriai kórkép folyamánya, alapvetően elmondható, hogy a hangulatzavar a szervezet védekezőképességét is gyöngíti, a betegek immunrendszere kevésbé ellenálló, gyakoribbak a fertőzőes megbetegedések. Az is előfordulhat, hogy testi betegség okozza a hangulatzavart, gondoljunk csak a krónikus, senyvesztő betegségekre, melyek a testen kívül a lelket is megviselik.

A depresszió számos krónikus betegség kísérőjeként felléphet. A civilizációs megbetegedésnek számító szívkoszorúér-betegség esetén az asszociált súlyos depresszió aránya akár 20% körüli is lehet, míg daganatos megbetegedéseknél (értelemszerűen) magasabb, akár a duplája is lehet. A következményes depresszió legnagyobb arányban az idegrendszeri kórképekben szenvedőknél fordul elő, minden második páciens hangulatzavarban szenvedhet (ami nem meglepő, ha tekintetbe vesszük, hogy ide tartoznak a demenciák, mozgászavarok /Parkinson kór és szindrómák/, egyéb neurodegeneratív megbetegedések és a sclerosis multiplex is). Legmagasabb arányban mégis egy endokrinológiai kórképben a a Cushing-szindrómában szenvedő betegek körében (76%), fordul elő, itt szintén idősebb korban, nők esetében és magasabb kortizolszintek mellett fordul elő, mely komolyan felvetheti a hormonális háttér jelentőségét (13).

Egyre több az arra utaló adat, hogy a depresszió önmagában növeli a szív-és érrendszeri megbetegedés előfordulását és az abból adódó halálozás arányát is. Már egy 1937-es tanulmány is leírta, hogy az akkor még „involúciós melankóliá” néven futó hangulatzavar esetében a szív eredetű halálozás férfiaknál 6-szor, nőknél 6,8-szer gyakoribb volt az átlagpopulációval összehasonlítva (13,16).

Szívinfarktuson átesett betegek 16–22%-nál észlelhető hangulatzavar, depresszióra utaló magatartásformák. A fent részletezett magas arányszámok ellenére sajnos az érzelmi élet zavara gyakran felismerés és érdemi kezelés kezelés nélkül marad, pedig a depresszió fontos

fontos prognosztikai tényezője a szívinfarktuson átesett betegek klinikai kimenetelének (értelemszerűen kezelés nélkül fennálló depresszió az életkilátásokat és életminőséget rontja) (13,16).

Számos tanulmány igazolta, hogy a szívkoszorúér-betegségben is szenvedő depressziósok betegségének kimenetele szignifikánsan rosszabb, mint a hangulatzavarban nem szenvedőké. Ez az összefüggés bizonyított a betegség széles spektrumában, szívinfarktuson átesett, instabil anginában szenvedő és revaszkularizáción (bypass műtéten) átesett páciensek esetében is (13,17). Összességében elmondható, hogy ezeknek a betegeknek több, mint háromszor magasabb az összhalálása nem depressziós társaikkal összevetve (13,18).

Míg a fiatalkori, ún. korai indulású depresszió hosszú évtizedek alatt vezet az érrendszeri elváltozások létrejöttéhez, melyek aztán heveny érkatasztrófához vezetnek (szívinfarktus, szívritmuszavarok, végtagi érelzáródások, iszkémiás stroke, vérzéses stroke stb). Ezzel szemben az időskorban kialakuló vagy induló depresszió esetében képalkotó vizsgálatok specifikus érrendszeri elváltozásokat, érszűkületre, keringési abnormalitásra utaló jeleket írtak le a központi idegrendszerben. Ezek döntően koponya CT vagy MR vizsgálat során észlelt fehérállomány-hiperintenzitásokat jelentenek, melyek a hosszú ideje fennálló vérnyomásbetegség, esetleges diabétesz következményei, melyek szív- és érrendszerre erekre gyakorolt kedvezőtlen hatásai igen jól ismertek. Érdekes módon ezek a betegek nem vagy nem megfelelően reagálnak a depresszió kezelésére alkalmazott terápiákra, mely felveti annak lehetőségét, hogy itt a háttérben nem a klasszikus neurotranszmitter-eltérések, hanem érelváltozások és következményes perfúziós defektusok állnak, így ezt a típust vascularis depresszióknak is nevezik (13,19).

## **Insomnia**

Alvással töltjük napunk egyharmadát, a megfelelő minőségű és időtartamú kielégítő alvás nélkülözhetetlen a kielégítő fizikai állapothoz és a jó életminőséghez. Az insomnia (álmatlanság) definíció szerint olyan, többé-kevésbé tartós alvási probléma, mely során az alvás zavara, illetve nem megfelelő minősége áll fenn. Ez kihat a nappali frissességre és az egyén mentális és fizikai állapotára is, mind rövid-, mind hosszútávon feledékenységhoz,

koncentráló képesség zavaraihoz, kedvetlenséghez, fáradtságához, anergiához, depresszióhoz vezethet, közvetlen rontva a munkahelyi teljesítményt, valamint megnövelheti a munkahelyi és egyéb balesetek valószínűségét (20).

A panaszok széleskörűek lehetnek, magukban foglalják az elalvási nehezítettséget, a gyakori éjszakai felébredést (fragmentált alvásminták), a megébredés utáni visszaalvás problematikáját, a korai spontán ébredést és az azt követő napi ólmosság érzetét. Jelenlegi felmérések eredményei alapján szerint a felnőttek mintegy negyede számol be hosszabb-rövidebb ideje fennálló insomniáról, mintegy tizedük esetében pedig az alvászavar súlyos, valamilyen szintű kezelést is igénylő probléma (20,21)

Az alvászavarok többsége másodlagos (secunder), azaz valamilyen kóros folyamat következménye, mely lehet bármilyen életmódbeli tényező, környezeti hatás, pszichés állapot, kémiai anyag használata, illetve testi vagy lelki betegség okozta alvásprobléma. Legtöbbször egyidejűleg akár többféle tényező is kimutatható az alvászavar hátterében, ezek pontos feltérképezése néha igen nagy kihívásokat rejt a gyógyító számára. Az elsődleges (primer) alvászavarok ritkák, ezekről akkor beszélünk, ha az insomniát hátterében egyértelműen kimutatható betegség nem áll (20,21).

Az alvászavar az orvoshoz való fordulás egyik leggyakoribb oka, vissza-visszatérő insomniát a népesség felét érinti valamilyen módon (20,22).

### **Az álmatlanság okai**

Az alvászavar legfontosabb rizikófaktora közé tartozik a női nem, a növekvő életkor, a megnövekedett stressz, rossz szocioökonómiai státusz, iskolai végzettség (döntően alacsony iskolázottság), a krónikus testi és lelki betegségek, a többműszakos munkarend és a gyermekszülés utáni állapot.

A szorongásos zavarok, a depresszió és a függőségek az alvászavarral leggyakrabban társult kóros állapotok, ám ugyanakkor az is elmondható, hogy az alvászavarban szenvedők körében az idő elteltével háromszor gyakrabban alakul ki hangulatzavar az átlagpopulációhoz képest. Az előzőeket figyelembe véve igen fontos, hogy alvászavar esetén célszerű pszichiátriai betegség lehetőségére is gondolni, illetve a kezelés során az insomniában

szenvedő betegeket célszerű depresszió irányába szűrni, melynek igen fontos terápiás következményei vannak, ilyenkor nem csak az alvászavart, hanem a háttérben álló mentális kórképet is kezelni kell (20,23).

A rövid távú (néhány naptól néhány hétig tartó), átmeneti (tranziens) alvászavar háttérében általában jelentős mértékben megnövekedett stressz, akut betegségek, időzónaváltozás, illetve gyógyszerek és élvezeti szerek állnak a leggyakrabban. A krónikus (minimum 3-6 hónapja tartó) insomniák háttére ettől döntően eltér, az esetek mintegy felében mentális tényezők, betegségek, negyedében testi (döntően belgyógyászati illetve idegrendszeri kórképek), másik negyedében pedig alváshigiénés illetve életmódbeli eltérések állnak (20,24).

Mint már említettük, léteznek kiváltó, megelőző tényező nélküli ún. primer insomniák is, de ezek meglehetősen ritkák, az esetek töredékében mutathatóak ki, tartósan fennálló alvászavarok döntő többségében kimutatható provokáló tényező (20,24).

### **Az álmatlanság tünetei**

Mint ár korábban is leírásra került, a fő tünetek közé tartoznak az elalvás nehézsége, a felületes, illetve gyakori felébredésekkel megszakított alvás, mely után a visszaalvás nehézkes, a túl korai ébredés, valamint az alvás nem kellően pihentető volta. Az átmeneti alvászavar gyakori, krónikus esetekben akkor válik orvosi értelemben is problémává, ha a következményes nappali álmoság miatt a beteg közérzete romlik, feledékennyé válik, koncentráció képessége károsodik, ezáltal nem tudja a figyelmet igénylő feladatokat (és egyéb munkahelyi feladatokat) megfelelően végrehajtani. A nem megfelelően frissítő alvás rontja a közérzetet, testi és pszichiátriai megbetegedésekhez vezethet, fokozza a baleset kockázatát (20,25)

### **Az álmatlanság diagnózisa**

Az alvászavar felismerése a páciens panaszai alapján nem szokott problémát jelenteni, a háttérben álló egyéb folyamat feltérképezése okoz néha nehézségeket. Mivel a hosszabb ideje tartó alvászavar az esetek túlnyomó többségében következményes, ezért a vizsgálat során testi betegséget, illetve fájdalmat okozó állapotokat, mentális betegséget, krónikusan ható stresszhelyzetet, [alkoholizmust](#), gyógyszer-, drog-, élnkítőszer-fogyasztást mint kiváltó okot mindig szisztematikusan keresni kell. A váltott műszakban végzett munka, az alvást zavaró környezet (pl.: zaj, meleg, kényelmetlen ágy) is okozhat insomniát (20,26).

A ritkán előforduló primer alvászavarok diagnózisában hasznos lehet a polyszomnográfiai készülékek használata, ilyen készülékek az alvászavarokban állnak rendelkezésre. A polyszomnográfiai készülék az alvás közbeni agykérgi elektromos tevékenységet is rögzíti. A kapott görbék (hipnogram) elemzése segíthet a diagnózis felállításában (20,26,27).

### **Az álmatlanság kezelése**

Az insomniák kezelésében döntően a családorvosok érintettek, ritkábban neurológiai és pszichiátriai szakrendelésen történik a gyógyszerelés beállítása. Differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhat a primer insomnia kimutatása, ezek megfelelő diagnózisához és kezeléséhez specializáció szükséges, ezeket úgynevezett alvászavar-centrumokban végzik, ám mivel csupán az esetek töredékében mutathatóak ki, a mindennapi ellátás során lehet, hogy nem is találkozunk velük.

Az átmeneti és rövid ideig tartó alvászavarok gyakori előidézője a megnövekedett stressz (pl. gyászreakció) vagy egyéb kedvezőtlen magánéleti illetve munkahelyi események kiváltotta szorongás és hangulatzavar. A velük való megbirkózásban egyszerű változtatások is hatékonyak lehetnek, mint például relaxációs technikák vagy egyszerű sporttevékenységek beiktatása. Súlyos insomnia esetében azonban gyógyszeres kezelés szükséges az esetek túlnyomó többségében, ez döntően szorongásoldó (anxiolitikum) vagy altatószert átmeneti, rövid ideig tartó adását teszi indokolttá, különös tekintettel arra, hogy a tartós alvászavar súlyos fokú hangulatzavar kialakulásának lehetőségét többszöröse emeli, így ennek megelőzése elsődleges szempont. Ráadásul a depresszió létrejötte fenntartaná és megfelelő

kezelés nélkül tovább is rontaná az alvászavarát, mely során a beteg egy ördögi körbe kerülne bele (20,28)

Mivel a krónikus alvászavar hátterében más testi illetve lelki betegség áll, a kivizsgálás során a beteg kikérdezésén és vizsgálatán kívül szükség van esetleges mentális betegségek feltérképezésére is életmódbeli szokások feltérképezése mellett. Az esetlegesen kimutatható depresszió és szorongásos betegségek okozta alvászavarok kezelésében az antidepresszáns kezelés és pszichoterápia a választandó kezelések oki terápiaként, az alvászavar tüneti kezelésére pedig első körben a benzodiazepin-receptorra ható altatószerek szolgálnak rövid távon, de ezek hosszú távú alkalmazása kerülendő (20,29). Együttes terápiaként (oki plusz tüneti) szóba jönnek olyan típusú hangulatjavítók, melyek mind a hangulat, mind pedig az alvászavar kezelésére jók, példának okáért triciklusos antidepresszánsok illetve kettős, noradrenalin és szerotoninerg rendszerre ható szerek, valamint súlyos esetekben bizonyos antipszichotikumok (20,29).

A megfelelő alváshigiéne, a szigorú időbeosztás (benne rendszeres lefekvés és elalvási időpontokkal) az egészséges életmód (benne a megfelelő táplálkozás és sportolás), a stressz megfelelő kezelése mind az alvási zavar megelőzésének fontos elemei. Az alvászavar és a pszichiátriai megbetegedések közötti társulás a pszichiátriai betegségek szűrésének és esetleges kivizsgálásának fontosságára hívja fel a figyelmet. Az [alvászavarok](#) hátterében potenciálisan felmerülő pszichiátriai betegségek, úgy mint a generalizált szorongás, a fóbiák, a személyiség- illetve hangulatzavarok korai felismerése és megfelelő kezelése megelőzheti a krónikus insomniát kialakulását, ezáltal kivédhető az altatók rendszeres (és gyakran túlzásba vitt) szedése, illetve az alkohollal és egyéb nyugtató hatású élvezeti szerekkel történő öngyógyítás (20,30).

Az alvászavar tüneti kezelésére szolgáló hagyományos altatók viszonylag gyorsan hatnak, azonban a régebbi, ún. benzodiazepin-csoportba tartozó gyógyszerek hosszabb ideig tartó szedése mindenképpen kerülendő. Az előbb említett gyógyszerek nagy hátránya az, hogy noha (legalábbis kezdetben) igen hatékonyak, de tartós használatuk során gyógyszerhozzászokás alakulhat ki, azaz egyre nagyobb dózisok szükségesek az megfelelő altató hatás kialakulásához és abbahagyásuk pedig megvonási tüneteket okoz, vagyis tartós szedés után a gyógyszerekről való leszokás igen problémás, szakember bevonását igényeli (20,26).

Az előbbiek miatt a benzodiazepin csoportba tartozó altatók 1-2 hónapnál hosszabb idejű szedését általánosságban nem ajánlják, melyet az aktuális ajánlások is támogatnak (megjegyzendő, hogy az aktuális ajánlások inkább a kognitív - akár online- terápiákat javasolják első körben a gyógyszeres kezelés helyett, csak éppen hazánkban kevés az ilyen képzettséggel bíró szakember). Azokban az (egyébként igen gyakran előforduló) esetekben, amikor a krónikus alvászavar szorongásos zavar vagy depresszió következtében alakul ki az insomniá kezelésében az antidepresszívumoknak - amelyek túlnyomó többsége egyúttal igen hatékony szorongásoldó hatással is bír - van döntő szerepük. Fontosak ugyanakkor a nem gyógyszeres kezelések is, beleértve az életmódváltást, az alváshigiéniá rendezését, és a (fent említett) pszichoterápiát (20,25,30).

## **Életminőség**

Az életminőség (Quality of Life, QOL) koncepciója 1960-ban az Egyesült Államokban született meg. Az elmúlt évtizedek során mind az orvos-, mind a társadalomtudományi kutatásokban egyre elterjedtebbé és meghatározóvá vált. Érdekes módon az azóta közölt számtalan publikáció azt igazolta, az ember elégedettségének meghatározásában sokszor nem az objektív körülmények a döntőek, hanem azok egyéni, szubjektív megítélése (30-35). Campbell az életminőségnek 12 meghatározó tényezőjét írta le 1981-ban, melyek definíciója alapján az alábbiak: személyiség, közösség, tanulás-nevelés, családi élet, baráti kör, házastárs, házasság, nemzetiség, szomszédság, egészség, életszínvonal és munka (30,36).

Az azóta közölt kutatások a képet tovább finomították, de alapvetően elmondható, hogy az életminőség számos, az ember életének integráns területét tartalmazza, melybe beletartozhat az egészségi állapot mellett a megfelelő szocioekonomiai státusz, a közéletben való szerepvállalás többek között, vagyis önmagunk és a világ megfelelő megismerése és megértése, helyünk megtalálása benne (30,32,34).

Mind a laikusok, mind a témában jártas szakemberek igen tág értelmezési körben használják a fogalmat, melynek szigorú definíciója valójában nem is létezik. Egyes tudományágak meghatározásai is eltérnek egymástól (lásd fent), de a még az adott diszciplínához tartozó tudományterületeken belül sincs egységes kép és igen sokszínű és sokféle megközelítést találunk. Azonban definíciókban annyi biztosan közös, hogy



valamennyi képviselő hangsúlyozza az életminőség objektív és szubjektív jellege mellett a fogalom multidimenzionalitását.

Az életminőség tehát magában foglalja:

1. a testi állapotot és a test megfelelő működését (gyakorlatban a kielégítő egészségi állapotot, betegségek hiányát);
2. a pszichés állapotot (azaz a mentális betegségek hiányát), a szellemi és lelki jólétet és jóllétet;
3. a családi és a társadalmi szférába megfelelő voltát, azaz a megfelelő szociális tevékenységet

A multifaktoriális jellemző általánosan elfogadott, de nézetkülönbségek vannak arról, hogy a hagyományos orvosi mutatók is részét képezik-e az életminőségnek, vagy kizárólag a nem orvosi mutatókat, elsősorban a pszichológiai és szociális jellemzőkkel kapcsolatosakat vegyék figyelembe (30,31,44).

### **Az életminőség egészségtudományi megközelítése**

Noha a gyakorlatban gyakran nem ezt tapasztaljuk, de az orvoslás tárgya definíció szerint az emberi egészség (vagyis a test, a személyiség globális tekintetbe vétele), nem pedig csak az aktuális testi tünetekre való fókuszálás, ezt támasztja alá az életminőség egészségtudományi megközelítésének szemléletmódja is. A modern jóléti társadalmak egyik vívmánya (és ebben a mostanság sokat kárhoztatott digitalizáció és globalizáció is döntő szerepet játszik), hogy az emberek biológiai életkora évtizedekkel kitolódott a korábbiakhoz képest, noha a mennyiségi változás nem feltétlenül jár együtt jobb minőségi mutatókkal is. Vagyis ennek az irányzatnak a fő célja (és ez áll a kutatások középpontjában is) az egészségben megélt minőségi életek gyarapítása. Sok más tényezőhöz hasonlóan (mint például a hangulat vagy a fájdalom) az egészségi állapotot, a kielégítő egészség fogalmát nagyon nehéz meghatározni és konkrét mutatóval mérni (szemben például a vérnyomással vagy a vércukor meghatározásával). Alapvetően elmondható, hogy az emberek döntő többsége képes az általános közérzetét számszerűsíteni, azaz egyetlen mutatóval definiálni. Az egészségtudományi szemléletű életminőség-kutatás a szubjektív egészségre vonatkozó

mutatókra helyezi a hangsúlyt döntően kérdőíves felmérések, validált, számszerűsíthető skálák segítségével. A szubjektív életminőség mutató kutatásik alapján legalább olyan fontos (ha nem fontosabb, lásd placebo illetve nocebo effektusok), mint az emberről "objektív képet mutató labor, képalkotó, vagy fizikális vizsgálati leletek. Vagyis felmerül annak a lehetősége orvosi szempontból, hogy szubjektív életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy az adott személy milyen jól érezi magát a bőrében és mennyire érzi magát egészségesnek (37).

### **Az életminőség szociológiai megközelítése**

A szociológiai megközelítésű életminőség-kutatások elsősorban kérdőíves felméréseket használva vizsgálják a társadalmi tőke és egyéb tényezők komplex szemléletével a különböző társadalmi csoportok életminőségét. A kutatások közös vonása, hogy igen széles körű mintavételen alapulnak, szemben az orvosi kutatásokkal döntően a szubjektív életminőségre, az étellel való elégedettségre és a boldogságra fókuszáló kérdések kérdések figyelembe vételével történik a jelenség feltérképezése (30,37).

### **Az életminőség pszichológiai megközelítése**

Az életminőség pszichológia meghatározása erősen az Arisztotelész-féle boldogság meghatározásán alapul miszerint a megfelelő életminőség magával a boldogsággal azonosítható, melynek alapvetően három szintje különböztethető meg (30,45,46). Noha önmagában a boldogságélmény nem áll egyértelműen kimutatható kapcsolatban az egészségi állapottal (ez döntően inkább a merev kritériumrendszereket alkalmazó orvosi kutatás sajátosságaiból adódik), feltehetően mégis lényegesen jobb egészségi mutatókkal jár együtt (30,47). A pszichológiai irányzat képviselői az életminőséggel kapcsolatos vizsgálataikhoz szintén (noha pszichológiai megközelítésű) kérdőíveket alkalmaznak (30,37).

## **Objektív versus szubjektív életminőség**

Az utóbbi években a társadalomkutatásokban is egyre inkább előtérbe került a szubjektív életminőség kérdésköre (30,48). Itt is elég heterogén a kutatások célkitűzése, példának okáért míg az észak-amerikai modell inkább szubjektív tényezőkre helyezi a hangsúlyt, a skandináv életminőség kutatási modell objektív tényezőkre fókuszál. E két megközelítésnek hibridje Erik Allardt szemléletmódja, mely az emberi szükségletek hierarchiájának piramisát írja le. A piramisban három alapvető szintet határozott meg: having (birtoklás) – loving (szeretet) – being (létezés). A területek definiálása során meghatározta ezek szubjektív és objektív indikátorait, melyek az általános jóllétre egyértelmű befolyásoló hatással bírnak (30,49,50). A szubjektív életminőség ebben a megközelítésben sem más, mint az, ahogyan az emberek külső és belső tényezők hatására megítélik saját létüket (30). Veenhoven a szubjektív életminőség szinonimájának tekinti az étellel való elégedettséget és a boldogságot is, ráadásul egyformán határozza meg őket. Munkássága alapján szubjektív életminőség esetében „az ítélet kritériumai személyről személyre változhatnak”, míg az objektív életminőség meghatározása „a mérés, a siker explicit kritériumain nyugszik, amelyet pártatlan külső értékeléshez lehet rendelni”, bármennyire megosztó is ez a definíció (30). Vagyis az eddigiek alapján teljes képet akkor nyerünk, ha szubjektív és az objektív mutatókat egymással kiegészítve használjuk, bármennyire nehéz is ezek pontos meghatározása. Az objektív életminőség olyan külsődleges materiális elemekkel áll kapcsolatban, mint a jó fizikai egészség, anyagi biztonság, támogatást nyújtó családi kör és barátok. A szubjektív életminőség pedig nem más, mint az egyén értékelése a boldogságról, elégedettségről (30,31, 51-54).

## **Célkitűzés**

Jelen vizsgálatunk célja komplex állapotfelmérés kivitelezése közszolgálati dolgozók körében, első megközelítésben hangulat- illetve alvászavar szűrése, valamint életminőség meghatározása történt.

## Módszerek

Vizsgálatunk keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat volt, a kitöltés online és anonim módon történt.

A vizsgálat során tekintetbe vett demográfiai adatok az alábbiak voltak: nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma, iskolai végzettség, munkával eltöltött évek száma és másodállás vállalása.

Az alábbi társbetegségekre, illetve rizikófaktorokra kérdeztünk rá: rendszeres gyógyszervedés, dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, cukorbetegség, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri megbetegedés, mozgásszervi betegség, daganatos illetve pszichés megbetegedés.

A hangulatzavar kimutatásához a Beck-féle depresszió rövidített kérdőívet alkalmaztuk. A skála értékelésekor az ahhoz rendelt pontszámok segítségével elkülöníthetünk súlyos, közepesen súlyos, enyhe depressziót, illetve depresszió nélküli állapotot (55,56).

Az alvászavart az Athén Insomnia Skála (AIS) segítségével mértük fel (57,58). Maga a kérdőív egy nyolc kérdésből álló skála, amelyben öt az éjszakai tüneteket méri fel (elalvási és átalvási nehézség, korai felébredés), három pedig a nappali következményekre kérdez rá. Minél magasabb a pontérték, annál rosszabb az alvásminőség (maximum 24 pont lehetséges). 10 pont esetén már klinikailag szignifikáns insomniát jelez a kérdőív.

Az életminőséget az EQ-5D (health-related quality of life) általános mérésére alkalmas, önkitöltős kérdőív segítségével mértük fel (59). A kérdőív 5 dimenziót mér (mozgékonyosság, önellátás, szokásos napi tevékenységek, fájdalom/rossz közérzet, illetve szorongás/lehangoltság), melyekhez minden esetben egy 3 fokozatú skálának megfelelő kijelentéssor tartozik. Az 5 dimenzió egyes értékeinek összevonásával egy indexbe sűrítetjük az általános egészségi állapotot. A kérdőívet egy ún. EuroQol-skála, vagy más néven egy VAS (Vizuál Analóg Skála) egészíti ki, amely 100 fokozatú és leginkább egy hőmérőre emlékeztet. A válaszadóknak ezen a skálán kell bejelölniük, hogy milyennek tartják egészségi állapotukat. A skála 0 pontja az elképzelhető legrosszabb, míg a 100 az elképzelhető legjobb egészségi állapotot tükrözi (60).

Statisztikai elemzés során az adatok a leíró statisztika eszköztárával, T-próbával, chi-négyzet próbával, variancia- analízissel, faktoranalízissel történt elemzés SPSS szoftver segítségével (SPSS 15.00, IBM, New York, NY, USA).

## Eredmények

Összességében 102 kérdőív kitöltése történt. Vizsgálatunkban 34 férfi (33,3%) és 68 nő (66,7%) vett részt. Az életkori megoszlás az alábbiak bizonyult: 18-25 év közöttiek aránya 4 % (4 fő), 26 és 35 év közöttiek aránya 9,7% (10 fő), 36 és 45 év közöttiek aránya 18,6% (19 fő), 46 és 55 év közöttiek aránya 59,7% (61 fő), az 55 és 62 év közöttiek arány pedig 8% (8 fő). A dolgozók 15,7 %-a egyedülálló (16 fő), 9,8% kapcsolatban él (10 fő), 58,8 % házas (60 fő), 15,7% pedig elvált, illetve özvegy (16 fő). 26,5% gyermektelen (27 fő), 1 illetve 2 gyermekkel 18,6% (19 fő) illetve 33,3% (34 fő) rendelkezik, a többi dolgozónak 3, illetve annál több gyereke van (21,6%) (22 fő) (1. táblázat).

A dolgozók 41,6%-a középfokú (42 fő), 58,4%-a pedig felsőfokú végzettséggel rendelkezik (60 fő). A pályakezdők aránya 4% (4 fő), 1-5 éves munkaviszonnal 5% (5 fő), 6-10 év közötti szintén 5% (5 fő), 11-20 év közötti 9,1% (9 fő), 21-30 év közötti 55,6% (57 fő), 31-40 év közötti 21,2% (22 fő) rendelkezik, 40 évet meghaladó munkaviszonnal nem volt. 14,7 (15 fő)%-nak van másodállása (2. táblázat).

<b>Nem (%)</b>	
Nő	33,3
Férfi	66,7
<b>Életkor (%)</b>	
18-25 év	4
26-35 év	9,7

36-45 év	18,6
46-55 év	59,7
56-62 év	8
<b>Családi állapot (%)</b>	
egyedülálló	15,7
kapcsolatban	9,8
házas	58,8
elvált/özvegy	15,7
<b>Gyermekek száma (%)</b>	
Nincs	26,5
1 gyermek	18,6
2 gyermek	33,3
≥ 3 gyermek	21,6

1. táblázat: Demográfiai paraméterek a vizsgálat csoportban

47,1% (42 fő) szed rendszeresen valamilyen gyógyszert, 30,4% a dohányzók (31 fő), 18,6% az alkoholt több-kevesebb rendszerességgel használók (19 fő) és 9 % a kábítószer már kipróbálók aránya (9 fő), ezek ötöde többé kevésbé rendszeres szerhasználó. 42% szenved magasvérnyomás-betegségben (43 fő), 23,5% pedig mozgásszervi fájdalomban (24 fő). Ischaemiás szívbetegség a dolgozók 8%-ánál (8 fő), míg cukorbetegség 20%-uknál alakult ki (20 fő).

<b>Végzettség (%)</b>	
felsőfokú	41,6
középfokú	58,4
<b>Munkával töltött évek aránya (%)</b>	
pályakezdő	4
1-5 év	5
6-10 év	5
11-20 év	9,6
21-30 év	55,1
31-40 év	21,2
<b>Másodállás aránya (%)</b>	
Van	14,7
Nincs	85,3

2. táblázat: munkahelyi viszonyok a vizsgálat csoportban

A résztvevők 26,5% nem volt depressziós (27 fő), 56,9% enyhe (58 fő), 5,9% közepesen (6 fő) és 9,8% súlyos depresszióban szenvedett (11 fő).

A krónikus alvászavar előfordulási gyakorisága 14,7% (15 fő), 4,9% pedig súlyos alvászavarban szenvedett (5 fő).

Szoros összefüggés mutatkozott a nem megfelelő életminőség és az alvászavar (7,1% vs 2,7%,  $p=0,000$ ) és a depresszió (12,7% vs 3,3%,  $p=0,003$ ) között.

<b>Vizsgált paraméter (%)</b>	
rendszeres gyógyszeres kezelés	47,1
dohányzás	30,4
alkoholfogyasztás	18,6
droghasználat	9
diabétesz	20
magasvérnyomás-betegség	42
koszorúér-betegség	8
mozgásszervi fájdalom	23,5

3. táblázat. Rizikótényezők és társbetegségek a vizsgált populációban.

Az összes tényezőt (demográfiai kritériumok, kiégés, depresszió, komorbiditás, alvászavar) magában foglaló többváltozós elemzésben a nem megfelelő életminőséggel szoros összefüggést mutató tényezők a női nem [OR= 2,38, p=0,037], a pályakezdés [OR= 1,891, p=0,03 ], több mint 30 évet munkaviszony [OR= 1,901, p=0,006], a mozgásszervi fájdalom [OR=1,156, p=0,038], az alvászavar [OR=1,289, p=0,020] és a depresszió [OR=1,987, p=0,06] voltak.

### **Megbeszélés**



Vizsgálatunk eredményei alapján a közszolgálati dolgozók körében magas a dohányzás, illetve egyéb addiktív szerek használata, mely mindenképpen aggodalomra ad okot. Majdnem felük szed rendszeresen gyógyszert, a szív- és érrendszeri megbetegedések aránya is magas (noha az országos átlagot nem haladja meg).

Kiemelendő, hogy a súlyos fokú hangulatzavar aránya a munkavállalók 10%-át érinti, további 6% pedig közepesen súlyos depresszióban szenved. A depresszió megelőzése és kezelése kiemelkedően fontos; az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint az állandó teljesítménykényszer és a munkahelyi túlzott megterhelés miatt 2030-ra a *depresszió* lesz a vezető betegség, és az ebből adódó halálozás (suicidum) is a vezető halálokok közé fog tartozni (61).

Hasonlóan magas volt az alvászavar aránya is, melynek háttérében feltehetően a hangulatzavar illetve a következményes stressz és szorongás állhat.

Nem meglepő módon mind az alvás-, mind a hangulatzavar rosszabb életminőséggel járt együtt. Azonban a rosszabb életminőség nem csupán nekik tulajdonítható, fontos szerepet játszik benne a női nem is. Sajnos mind a mai napig a háztartási munka és gyereknevelés döntő többsége még mindig a nőkre hárul, akik így hamarabb kimerülnek érzelmileg (62).

Némiképpen meglepő módon a pályakezdés is alacsonyabb életminőséggel járt együtt, akár csak a 30 évet meghaladó munkaviszony. Ennek háttérében feltehetően az állhat, hogy már a főiskolákon, egyetemeken tanuló diákok körében egyre magasabb a kiégés aránya, mint ezt a közelmúltban publikált összefoglaló analízisek is alátámasztják (63). Azaz a kiégés nemcsak a munkahelyen eltöltött évek során, hanem már a tanulmányok során is kialakulhat, és ez a későbbi munkavégzésre is negatív hatással lehet, a burnout pedig egyértelműen kedvezőtlenebb életminőséggel jár (64).

A mozgásszervi fájdalom, ezen belül is elsősorban a krónikus derékfájás, az egyik legelterjedtebb krónikus fájdalom szindróma, mely, amely nagy terhet ró az egyénre és a társadalomra is, azaz az egyik leggyakrabban előforduló egészségügyi tényező, mely az életminőségre egyértelműen negatív hatással van, mint azt vizsgálatunk is megmutatta (65). A krónikus derékfájdalomban szenvedők életminősége összevethető a krónikus sorvasztó illetve gyógyíthatatlan betegséggel élők életminőségével, mindkettő hasonlóan rossznak bizonyult (66). A kevésbé súlyos fájdalomban illetve mozgáskorlátozottságban szenvedő betegek hasonlóan rossz életminőségről számoltak be, mint súlyosabb kórformában szenvedő társaik (67).

## Szakirodalmi áttekintés

1. Rihmer Z, Blazsek P, Hargittay Cs, Kalabay L, Torzsa P. Depresszió, szorongás és az öngyilkos magatartás. Felismerés és ellátás. *LAM* 2018;28(6–7):287–292.
2. Szádóczky E, Vitrai J, Rihmer Z, et al. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry* 2000;15:610-7.
3. Rihmer Z, Angst J. Mood disorders – Epidemiology. In: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th edition, (Eds.: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 1645-53.
4. Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66:693-704.
5. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression. New York: Oxford University Press; 2007.
6. Rihmer Z, Gonda X, Eöry A, et al. A depresszió szûrése az alapellátásban Magyarországon és ennek jelentôsége az öngyilkosság megelőzésében. *Népegészségügy* 2011;89: 355-62.
7. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, et al. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and Anxiety* 2013;30:947-54.
8. Sareen J, Houlihan T, Cox BJ, et al. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the national comorbidity survey. *J Nerv Ment Dis* 2005;193: 450-4.
9. Balázs J, Lecrubier Y, Csiszér N, et al. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: Importance of the first episode and of bipolar II diagnosis. *J Affect Disord* 2003;76:113-9.
10. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:17-22.
11. Rihmer A, Rózsa S, Rihmer Z, et al. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009;116:18-22.
12. Blazsek P, Wernigg R. Kockázatbecslés és kockázatkezelés a pszichiátriában. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2015.

13. Péter L, Rihmer Z. A depresszió és a cardiovascularis betegségek epidemiológiája, komorbiditása, etiológiája. *Lege Artis Medicinae*.2019;29(06-07):263-267.
14. Szádóczy E. A hangulatzavarok klinikai megjelenése In: Szádóczy E, Rihmer Z (szerk.) *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina; 2001. p. 26-59.
15. Ágoston G. Depresszió a belgyógyászati betegségekben, In: Szádóczy E, Rihmer Z (szerk.) *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina; 2001. p. 240-66.
16. Malzberg B. Mortality among patients with involution melancholia. *Amer J Psychiatry* 1937;93:1231-8.
17. Frasure-Smith N, Lespérance F, Julien P. Major depression is associated with lower omega-3 fatty acid levels in patients with recent acute coronary syndromes. *Biol Psychiatry* 2004;55:891-6.
18. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270: 1819-25.
19. Glassman AH. Depression and cardiovascular comorbidity. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2007;9:1.
20. [https://www.hazipatika.com/betegsegek\\_a\\_z/almatlansag/133](https://www.hazipatika.com/betegsegek_a_z/almatlansag/133)
21. Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H.: Insomnia as a health risk factor. *Behav. Sleep Med.*, 2003, 1(4), 227–247.
22. Choueiry, N., Salamoun, T., Jabbour, H., et al.: Insomnia and relationship with anxiety in university students: A Cross Sectional Designed Study. *PLoS ONE*, 2016, 11(2), e0149643.
23. Purebl, Gy., Bódizs, R.: Insomnia and its comorbidity with mental disorders and somatic diseases. [Az insomnia komorbiditása egyéb betegségekkel.] *Gyógyszerészet*, 2008, 52(6), 323–328.
24. Wannamethee, S. G., Papacosta, O., Lennon, L., et al.: Self-reported sleep duration, napping, and incident heart failure: prospective associations in the British Regional Heart Study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2016, 64(9), 1845–1850.
25. Irwin, M. R.: Why sleep is important for health: A psychoneuro-immunology perspective. *Annu. Rev. Psychol.*, 2015, 66, 143–172.
26. Ohayon, M. M.: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med. Rev.*, 2002, 6(2), 97–111.
27. Novák, M.: Sleep disorders and quality of life. Doctoral dissertation. [Alvászavarok és életminőség. Doktori értekezés.] Budapest, 2004.

28. Kikuchi, Y., Ishii, N.: The relationship between self-awareness of fatigue symptoms and working conditions in female nurses. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*, 2015, 57(5), 230–240.
29. Purebl, Gy., Bánki, M. Cs, Novák, M., et al.: *Insomnia – diagnostic and therapeutic guide.* [Insomnia – diagnosztikus és terápiás útmutató. Szakmai irányelvtervezet.] In: Németh A. (ed.). *Pszichiátriai Útmutató*, 2010. Medition Kiadó, Budapest, 2010.
30. Gradisar, M., Wolfson, A. R., Harvey, A. G., et al.: The sleep and technology use of Americans: findings from the National Sleep Foundation’s 2011 Sleep in America Poll. *J. Clin. Sleep Med.*, 2013, 9(12), 1291–1299.
31. Bohner-Beke Aliz. *A veleszületett strukturális dongalábbal élők életminőségét befolyásoló mennyiségi és minőségi tényezők.* Doktori (Ph.D.) értekezés. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs, 2018.
32. Rigó A, Kökönyei Gy. *Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegséggel élők körében.* *Alk Pszichol.* 2014; 14: 5-14.
33. Lin XJ, Lin IM, Fan SY. *Methodological issues in measuring quality of life.* *Tzu Chi Med J.* 2013; 25: 8-12.
34. Pais-Ribeiro JL. *Quality of life is a primary end-point in clinical setting.* *Clin Nutr J.* 2004; 23: 121-130.
35. Tiringer I. *Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata.* Doktori (PhD) értekezés, 2012.
36. Leidecker E. *Életminőség vizsgálatok.* In: Melczer Csaba (szerk.): *Fittségi és egészségügyi állapotfelmérő vizsgálatok.* Pécs, PTE Egészségtudományi Kar, 2015; 126-136.
37. Kovács B. *Életminőség - boldogság - stratégiai tervezés.* *Polg Szemle.* 2014; 10: 3-6.
38. Schumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. *Physiological test and scales.* In: Spilker B. (ed): *Quality of Life Assessment in Clinical Trials.* Raven Press, New York, 1990; 95- 113.
39. Walker SR, Rosser RM. *Quality of life assessment and application.* Vocabulary, MTP Press, Lancaster, 1998.
40. Wallender JL, Schmitt M, Koot HM. *Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments and applications.* *Clin Psychol.* 2001; 57: 571-585.
41. McDowell I, Newell C. *Measuring Health: a guide to rating scales and questionnaires.* Oxford University Press, New York, 1987; 73-77.

42. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-life measurements. *JAMA*. 1994; 272: 619-629.
43. World Health Organization WHOQOL study protocol. Genova: World Health Organization, 1993.
44. Novák M, Stauder A, Mucsi I. Az életminőség vizsgálatának jelentősége és gyakorlati szempontjai. *Orv Hetil*. 2003; 144: 1031-1038.
45. Kopp M, Skrabski Á. Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. [http://www.tavlatok.hu/86/86kopp\\_skrabski.pdf](http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf)
46. Csíkszentmihályi M. *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. Basic Books, New York, 1998.
47. Ryff CR, Singer BH, Love GD. Positive health: connecting well-being with biology. *Phil Trans Cos London*. 2004; 359: 1383-1394.
48. Berger-Schmitt R, Noll HH. Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators. EU Reporting Working Paper Nr. 9. European System of Social Indicators Project (ZUMA), 2000. [http://www.gesis.org/en/social\\_monitoring/social\\_indicators/EU\\_Reporting/pdf\\_files/pape r9](http://www.gesis.org/en/social_monitoring/social_indicators/EU_Reporting/pdf_files/pape r9).
49. Allardt E. Having, Loving, Being - An alternative to the Swedish Model of Welfare Research. In: Nussbaum M, Sen A. (ed.): *The Quality of life*. Clarendon Press, Oxford. 1993; 88-95.
50. Márfi A. A szubjektív életkörülmények társadalmi-gazdasági összefüggései. In: Utasi Ágnes (szerk.): *Az életminőség feltételei*. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest, 2007; 6-23.
51. Hegedűs R. Szubjektív társadalmi indikátorok - szelektív áttekintés a téma irodalmából. *Szoc Szemle*. 2001; 11: 58-72.
52. Diener E, Biswas-Diener R. New directions in subjective well-being research: the cutting edge. *Ind J of Clin Psychol*. 2000; 27: 21-33.
53. Losonczi Á. *Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az ezredfordulón*. MTA Stratégiai Kutatások, Budapest, 1998.
54. Ágoston L. *Az életminőség fogalmán túl. Elméletek, módszerek és gondolatok az életminőség kapcsán*. Demos Mo. Alapítvány, 2007.
55. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961(4): 561-571.

56. Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J: A Beck Depressziós Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psych Hung*, 2001(4): 384-402.
57. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*. 2000;48(6):555-60.
58. Fusz K, Faludi B, Pusztai D, Sebők N, Oláh A: Insomnia és elalvást segítő szokások felmérése felnőttek körében. *Orv Hetil*. 2016;157(49):1955-1959.
59. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199-208.
60. Fábrián G: Alkalmazott kutatás módszertan (2014). Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
61. Mák K, Fejes É, Pohl M, Kolonics G, Tóth G, Zádori I, Nemeskéri Z, Hesszenberger D, Fehér G, Tibold A. A kiégés előfordulása szociális munkások körében [Burnout among social workers]. *Orv Hetil*. 2020;161(44):1884-1890.
62. Huang SL, Li RH, Fang SY, et al. Work hours and difficulty in leaving work on time in relation to work-to-family conflict and burnout among female workers in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 605.
63. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, et al. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013; 10: 242–245.
64. Kopp M, Skrabski Á. (eds.) Hungarian state of mind. [Magyar lelkiállapot.] Végeken Alapítvány, Budapest, 1992. [Hungarian]
65. (36) Grabovac I, Dorner TE. Association between low back pain and various everyday performances : Activities of daily living, ability to work and sexual function. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(21-22):541-549.
66. Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhøy M, Borchgrevink PC. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2008;52(1):143-8.
67. Urquhart DM, Shortreed S, Davis SR, Cicuttini FM, Bell RJ. Are low levels of low back pain intensity and disability associated with reduced well-being in community-based women? *Climacteric*. 2009;12(3):266-75.

## 7. JAVASLATTÉTELEK A PILOT PROGRAM ALAPJÁN

### 1. Javaslatok további felmérésekre a pilot tevékenységek alapján

A pilot tevékenység vizsgálata számos jövőbeli felmérés szükségességét vetheti fel:

1. a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatokat célszerű kiegészíteni hangulatzavarra, alvászavarra és életminőségre vizsgálatára való kérdőívek alkalmazásával;

2. szükséges felvilágosító előadásokat tartani a szív-és érrendszeri megbetegedésekről és az azokhoz vezető út legfontosabb állomásairól;

3. manapság már megfelelő kérdőívek állnak rendelkezésre érbetegség szűrésére illetve a érkatasztrófák előrejelzésére, ezek akár digitális formában is kitölthetők a dolgozó által, aki így részletesebb állapotfelmérést kaphat;

4. a krónikus fájdalomban szenvedő dolgozók megtartása érdekében javasolt létrehozni rendszeres konzultációs lehetőségeket a témában jártas szakemberek bevonásával – akár online, akár személyes találkozó formájában - , hiszen a jelenlegi rendszer csupán a fájdalom oki megközelítésére és terápiájára fókuszál, a fájdalom komplexitását és összetett következményeit nem veszi figyelembe;

5. célszerű a dolgozók munkahelyén kiégés szűréseket végezni, a kapott eredményeket a dolgozókkal megosztani és intervenciók lehetőségeket felajánlani, hiszen a kiégés szoros összefüggést mutat számos testi és lelki betegséggel, közöttük a krónikus fájdalom szindrómákkal.

### 2. Javaslatok a munkahelyi kiégés kezelésére

A pilot tevékenységek alapján az látható, hogy a rendvédelmi dolgozók különösen kitétek a túlzott stressznek. A munkavégzéssel együttjáró veszélyes helyzetek, az ügyfelekkel való kommunikáció, a tűzoltás, műszaki mentés során ért fizikális és mentális hatások, a konfliktus

lehetőségét magukban rejtő szituációk sora, a gyakori túlmunka, az állandósult túlterheltség, a biológiai ritmust figyelmen kívül hagyó munkarend, az erkölcsi-anyagi megbecsülés hiánya, a szervezeti struktúra – mind-mind olyan tényező, mely folyamatos stresszt idézhet elő. A pilot tevékenység megállapításai alapján a kiégést könnyebb megelőzni, mint kezelni. A szervezeti prevenció lehet általános és specifikus (Lásd részletesen a lehetőségeket Pikó Bettina (2002): Egészségpszichológia, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2002. 200.o.)

A szervezeti prevenció klasszikus eszközei az időszakos szupervízió, alkalmassági vizsgálat; a továbbképzés, szakmai tanulmányutak, melyek során az egyént új impulzusok érik; a munkahelyi háló kialakítása; a tehermentesítés (szabadságolás, akár hosszabb időre is; munkakör újratervezése, más munkakörbe áthelyezés; munkahelyváltás kezdeményezése).<sup>1</sup>

### **3. Javaslatok a kommunikációs tréningek jövőbeni lebonyolítására**

A pilot program megvalósítása kiscsoportos foglalkozásokkal és egyéni konzultációkkal megerősítette, hogy a kiscsoportos foglalkozások hatékonyak és feltételezik az egyéni konzultációkat ahol a konzulens coaching elemeket alkalmazva adhatja át az ismereteket, konzultálhat. A pilot program tartalmazta a coachig megközelítés elveit, a megvalósításhoz szükséges elvi irányokat is. A szervezetfejlesztésbe és képzésbe történő befektetésektől egyrészt az várható, hogy egyéni, csoportos vagy szervezeti szinten fejlődjenek a munkavállalók munkához kapcsolódó kompetenciái (irodalmi áttekintésben lásd tanulmányok: Velada, Caetano, Michel, Lyons, & Kavanagh, 2007), továbbá gyakran a szervezeti kultúra elemeként, egyfajta tanulásra és folyamatosan egyéni fejlődésre ösztönző eszközként, juttatásként jelenik meg (irodalmi áttekintésben lásd Hunter-Johnson & Closson, 2011).

Pécsett, 2022. március 31. napján

.....  
Dr. Sárdy György  
vezérigazgató  
JURIDECO Zrt.  
7633 Pécs, Szántó Kovács János u. 1/B  
adószám: 14646148-2-02  
szlasz. 10300002-10447782-49020013

---

<sup>1</sup> Hajduska M. (2008): Krízislélektan. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2008.