

Életminőség

Világjárványok és vakcináció	54
Táplálkozás és egészség	56
Az okoseszközök hatása a mentális egészségre	58
Idősek tartós ápolása, gondozása	60
Szegénységcsökkentő mikrohitelprogramok	62
Szegénység elleni küzdelem	64
Források	65

Világjárványok és vakcináció

Az ENSZ fenntartható fejlődési céljai (SDG) közül a 3. az egészséges élet biztosítását, azon belül a fertőző betegségek elleni fellépést, a megfizethető oltóanyagokhoz való egyetemes hozzáférés támogatásának, valamint a kutatás és fejlesztés szükségességét fogalmazza meg.

Fertőző betegségek

Az ENSZ-nek az emberiséget veszélyeztető tíz fenyegetést felsoroló listáján (UN 2004) szereplő fertőző betegségek és az általuk kialakult járványok komoly veszélyt jelentenek az emberi egészségre és a nemzetközi egészségbiztonságra. Kialakulásukat és terjedésüket számos tényező befolyásolja, beleértve a társadalmi, gazdasági és ökológiai feltételeket is. A 20. század és 21. század elejének világjárványait úgynevezett zoonózis-kórokozók okozták. (A zoonózis olyan betegség vagy fertőzés, amely állatok és emberek között közvetlenül vagy közvetett módon vihető át.) Az elmúlt ötven évben az emberben felbukkanó mintegy négyszáz új kórokozó (vírusok, baktériumok, gombák) 70 százaléka állatról került át emberre (Földvári et al. 2021). A szakemberek felhívták a figyelmet arra, hogy a klímaváltozás és a felgyorsult urbanizáció hatására egyre több olyan járvánnyal lehet számolni, amely antibiotikumokkal nem gyógyítha-

tó, felszámolása csak védőoltással és az általa kialakított nyájimmunitással lehetséges (PTE 2020).

A védőoltás mint közegészségügyi válasz

Az Oltóanyag- és Védőoltási Világszövetség (Gavi) szerint a fertőző betegségek megszüntetésének leghatékonyabb módja a védőoltások alkalmazása, mivel a védőoltás jóval több embert ér el, mint bármely más egészségügyi szolgáltatás (Gavi honlapja). Ezért az egészségügyi ellátórendszerek alapja, az egészségügyben alkalmazott legköltséghatékonyabb eljárások egyike.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai szerint évente több mint 100 millió gyermek kap védőoltást világszerte különböző betegségek (például gyermekbénulás, kanyaró) ellen, ami növeli annak esélyét, hogy minden újszülött elérje a felnőttkort, és minden teljesen beoltott felnőtt jó egészséggel egyre hosszabb ideig éljen (EC honlapja). Az oltásoknak köszönhetően számos fertőző betegség szinte eltűnt, vagy igen ritkává vált: a WHO 1980-ban jóváhagyta a himlő felszámoltnak nyilvánítását, 2002-től pedig Európa hivatalosan is mentes a járványos gyermekbénulástól.

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) a honlapján huszonöt, különböző fertőző

Az EU lakosságának hozzáállása a védőoltásokhoz, 2019



80% szerint szigorú tesztelés előzi meg az adott vakcina engedélyezését.

EU-min.	Hollandia	66%
	Magyarország	77%
EU-max.	Románia	93%



81% szerint az oltás elmaradása súlyos következményekkel járhat.

Lettország	65%
Magyarország	83%
Portugália	96%



88% szerint a vakcinák a saját és mások védelme miatt is fontosak.

Ausztria, Románia	75%
Magyarország	87%
Finnország	98%

betegség megelőzésére szolgáló oltóanyagot tart nyilván. Az EU-tagállamok a kötelező és a választható védőoltások segítségével számos fertőző betegség esetén nagymértékű átoltságot értek el, amelynek alapja az EU tagállamainak saját hatáskörébe tartozó oltási rend kialakítása. A WHO ajánlásaira épülő, úgynevezett védőoltási ütemtervek közötti kisebb eltérések (például az oltásra kötelezettek köre, a vakcina típusa, az oltások száma és beadásának ideje) ellenére az EU folyamatosan vizsgálja összehangolásuk lehetőségeit.

Jelenleg tizenkét tagállamban kötelező a gyermekek oltása bizonyos betegségek ellen, köztük Magyarországon, ahol az életkorhoz kötött, kötelező védőoltási rendszernek (tizenhárom kötelező oltás) köszönhetően az átoltsági mértéke 99 százalék. Ez az eredmény az EU-ban és világ-szinten is példaértékű (ECDC Vaccine Scheduler honlapja).

Az EU-ban a vakcinák megjelenését szigorú vizsgálati és engedélyezési folyamat előzi meg, amelynek során az Európai Gyógyszerügynökség (EMA) mint engedélyező hatóság megbizonyosodik arról, hogy az adott vakcina előnyei meghaladják az alkalmazással járó esetleges kockázatokat. Ez a folyamat akár tíz évig is eltarthat. Csak az EMA engedélyét követően kezdődhet meg a vakcina gyártása, forgalomba hozatala és alkalmazása. Az EMA feladata a felügyeleti rendszer működtetése, valamint figyelemmel kíséri az oltással kapcsolatos mellékhatásokat is.

Mindezek ellenére felmérések szerint az európai régióban a legmagasabb a védőoltásokkal szembeni bizalmatlanság (Larson et al. 2016). A WHO 2019-ben a világ egészségét fenyegető tíz veszély egyikének nyilvánította az oltással kapcsolatos bizalomhiányt (WHO 2019). A 2019-ben megrendezett első Védőoltásügyi Világkonferencia egyik célja volt, hogy felhívja a figyelmet a védőoltással kapcsolatos félretájékoztató súlyos következményeire (például 2015–2019 között hét, köztük négy európai ország veszítette el kanyarómentes státuszát).

A hatékony oltóanyagok ellenére több tényező is rontja a népesség átoltsági arányát, így például:

- a vakcinákhoz történő egyenlőtlen hozzáférés (az egyenlő hozzáférés volt az egyik fő témája a 2020-as globális oltóanyag-csúcstalálkozónak is),
- az oltáskészletekben felmerülő hiány,
- az eltérő oltási szabályozás,
- a nem megfelelő kommunikáció,
- vagy éppen az oltás elleni mozgalmak.

Az átoltsági arány kismértékű csökkenésének is komoly következményei lehetnek, ugyanis a védőoltásokkal kivédhető fertőző betegségek kórokozói környezetünkben állandóan jelen vannak, és ha a védőoltások által nyújtott, úgynevezett nyájimmunitás (adott földrajzi helyen lakó emberek immunitása) értéke csökken, úgy az eltűntnek hitt betegségek – szakértők szerint akár 5-6 éven belül – újból visszatérhetnek (például a 2010-es évek végi kanyarójárványok Európában).

A Covid19-világjárvány hatása

A világban 2020-ig nőtt a védőoltások és csökkent a fertőző betegségek száma, de a Covid19-járvány megállította vagy visszafordította ezt a folyamatot (UN 2021). Az átoltsági a 2019-ben mért 86-ról 83 százalékra csökkent, kb. mintegy 23 millió, egyévesnél fiatalabb gyermek nem kapott alapvető védőoltást, és 3,4 millióval nőtt a teljesen beoltatlan gyermekek száma (WHO–UNICEF 2021). A járvány felhívta a figyelmet az immunizációs gyakorlatok hiányosságaira, és felgyorsította azokat a folyamatokat, amelyek célja a hatékonyabb járványkezelés és betegségfelügyelet kialakítása.

Az „EU az egészségügyért” elnevezésű program ((EU) 2021/522 rendelet) célja, hogy az EU felkészüljön a Covid19-járványhoz hasonló, határokon átnyúló jövőbeli egészségügyi válságokra/veszélyekre.

Az Európai Egészségügyi Unió kiépítésének részeként az EU új egészségbiztonsági keretet javasol, amelyben kiemelten foglalkozik az egészségügyi vészhelyzetekkel kapcsolatos felkészültségi és reagálási intézkedések koordinálásával, például ennek keretében létrehozta az Európai Egészségügyi Vészhelyzeti Készenléti és Reagálási Hatóságot (HERA), folyamatban van az ECDC, az EMA, illetve az EU Korai Figyelmeztető és Reagáló Rendszerének (EWRS) megerősítése is.

Az EU úgynevezett oltóanyag-stratégiája (COM(2020) 680 final) szerint nemcsak a jelenlegi járvánnyal kapcsolatban, de hosszú távon is kiemelten fontos, hogy a tagállamok közös oltási stratégiát kövessenek, uniós szintű koordinációra van szükség az oltóanyag-ellátás területén, és biztosítani kell a biztonságos oltóanyaghoz való egyenlő hozzáférést az összes uniós polgár számára.

Táplálkozás és egészség

A táplálkozási szokások a legkorábban kialakuló magatartásformák közé tartoznak, amelyek később nehezen változtathatók (Varga 2017). Ugyanakkor adatok támasztják alá, hogy táplálkozási szokásaink nem szolgálják az egészségünket. A 2021-es Globális Táplálkozási Jelentés (Global Nutrition Report) szerint az étrenddel összefüggő betegségek és halálozási arányok világszinten magasak, és egyre növekszenek: a korai halálozások száma tíz év alatt 15 százalékkal nőtt (gyorsabban, mint a népesség), Észak-Amerikában és Európában a legmagasabb az arányuk (az összes felnőttkori haláleset 31 százaléka).

Az ENSZ a 2016–2025 közötti időszakot a táplálkozással összefüggő cselekvések évtizedének nyilvánította, illetve az egészséges táplálkozás szerepel az ENSZ fenntartható fejlődési céljai között (2. cél).

Az egészséges és a nem megfelelő táplálkozás

Az egészséges táplálkozás a különféle ételek és italok megfelelő arányú, mennyiségű és minőségű fogyasztását jelenti, amelyek tápanyagokat (fehérjék, zsírok, szénhidrátok), valamint vitaminokat, ásványi anyagokat és nyomelemeket tartalmaznak. Becslések szerint heti szinten húsz-harminc különféle élelmiszer fogyasztásával biztosítható a szervezet megfelelő tápanyag-ellátottsága (Szűcs 2019).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 2021) szerint a nem megfelelő táplálkozás eredete lehet:

- a mennyiségi tápanyaghiány (éhség);
- a mikrotápanyagokkal (vitaminokkal, ásványi anyagokkal) összefüggő alultápláltság (egészségügyi hatásai nem mindig láthatóak, ezért „rejtett éhségnek” nevezik);
- a nem megfelelő táplálkozás (például a túlzott mértékű energiabevitel, amely az elhízás leggyakoribb okozója).

A nem megfelelő táplálkozás közvetlenül nem idéz elő betegséget, de növelheti előfordulásuk valószínűségét. Táplálkozási kockázati tényező a magas energia-, a telítettségsav-, a transzsav-, a hozzáadottcukor- és a sóbevitel, illetve az elégtelen zöldség-, gyümölcs- és rostfogyasztás, ami a WHO európai régiójára is jellemző.

Az egészségtelen étrend mint kockázati tényező

A táplálkozással, az egészségtelen étrenddel összefüggő leggyakoribb megbetegedések a szív- és érrendszeri, a légzőszervi megbetegedések, a rosszindulatú daganatok és az egyéb krónikus betegségek (például cukorbetegség, elhízás). Ezek az úgynevezett nem fertőző betegségek, amelyek drasztikus emelkedése világméretű probléma. Mára már látszik, hogy a WHO 2013-as célja – a nem fertőző betegségek okozta halálozás 25 százalékkal való csökkentése 2025-ig – nem valósítható meg (WHO/EURO 2021).

Becslések szerint 2016-ban a halálesetek 71 százalékát (kb. 40 millió haláleset) okozták a nem fertőző betegségek, amelyeknek 80 százalékát a rosszindulatú daganatok, a szív- és érrendszeri betegségek, a krónikus légúti betegségek és a cukorbetegség teszi ki. Az elhunytak 4 százaléka 30 évnél fiatalabb, 38 százalékuk pedig a 30–70 év közötti felnőtt volt (NCD Countdown 2030 collaborators 2018). A nem fertőző betegségek gyors terjedése a legsúlyosabban a WHO európai régióját érinti.

Kutatások szerint életmód- és étrendjavítással, illetve a megfelelő testtömeg megtartásával a diabétesz kockázata négy év alatt 58 százalékkal csökkenthető, míg a koszorúér-betegségek 80 százaléka és a daganatok harmada lehetne kivédhető (Szűcs 2019).

Túlsúly és elhízás: adatok a WHO európai régiójából

A túlsúlyosak és az
elhízottak aránya:

50–70%



Az elhízás miatti
halálozási arány:

10–13%



A WHO 2021-ben megjelent kiadványa szerint az európai régióban mérték a legmagasabb értékeket.

Elhízás: a leggyakoribb táplálkozási probléma

Az elhízás szinte minden szervre kihat, és jelentősen növeli a nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát. Az EU-ban 2010-ben a halálozások 86 százalékát és a betegségterhek (betegséggel összefüggő költségek) 77 százalékát okozta (Barilla Foundation 2021).

Az Elhízástudományi Világszövetség (World Obesity Federation – WOF 2021) szerint 2025-re minden ötödik felnőtt elhízott lesz, a túlsúlyos fiatalok aránya pedig 1975–2016 között 4-ről 28 százalékra emelkedett (UNICEF et al. 2019). A COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) szerint Európában kb. 7,1 millió fiú és 7,8 millió lány túlsúlyos és elhízott, a súlyosan elhízott gyerekek száma pedig 800 ezer körüli (WHO 2019). A túlsúlyos serdülők 80 százaléka túlsúlyos felnőtt lesz, továbbá már gyerekként gyakran élnek meg súlyos pszichés következményekkel járó lelki és fizikai terrort (OGYÉI 2017). Az elhízással élő emberek társadalmi megfélemlítéssel is szembesülnek, még az egészségügyi ellátórendszerben is (Czeplédy 2020). Egy hazai felmérés szerint az orvosok kétharmada egyetértett azzal az állítással, hogy „az elhízott betegek lustábbak” (Rurik 2014).

A túlsúllyal és elhízással küzdő koronavírus-fertőzöttek gyakrabban szorulnak kórházi és intenzív ellátásra, és magasabb a szövődmények fellépésének kockázata is. A WOF 2021-ben az elhízást a Covid19-hez köthető komplikációk és halálesetek fő tényezőjeként jelöli meg: a vizsgált 164 ország 2,5 milliós halálos áldozatból 2,2 millió olyan országokban élt, ahol a túlsúlyosak és elhízottak aránya 50 százalék feletti.

A járvány alatt bevezetett korlátozások tovább rontották a táplálkozási szokásokat és az étkezési magatartást. A ma-

gyar felmérések szerint a járvány első és harmadik hulláma között majdnem kétszer annyian híztak (31 százalék), mint fogytak (18 százalék). A lakosság testtömege 2020-ban átlagosan közel egy kilóval, az első és a harmadik hullám között pedig további 30 dekagrammal gyarapodott. Ugyanakkor pozitív tendencia, hogy tíz válaszdeből három figyelt a kalóriabevitelére, és a megkérdezettek 17 százaléka evett kisebb adagokat, mint korábban (Nébih 2021).

A fenntartható táplálkozás

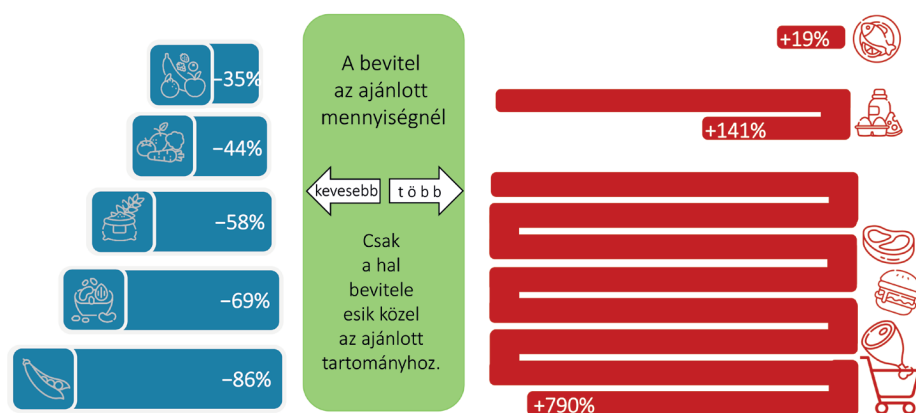
A jelenlegi ételviszesség-fogyasztási szokásokat környezetvédelmi szempontból is több kritika éri, ezért például 2019-ben az úgynevezett Lancet-ajánlás olyan étrendet javasolt amellyel 11 millió korai elhalálozás lenne megakadályozható, és 10 milliárd ember fenntartható élelmiszerrel lehetne megoldani. A Lancet megfizethetőségi vizsgálata szerint az étrend minimális napi költsége 2011-ben az alacsony jövedelmű országokban 2,42, a magas jövedelmű országokban 2,66 dollár volt (Hirvonen et al. 2020). Ez a szegényebb országok számára nem megfizethető, ugyanis meghaladja a nemzetközi szegénységi küszöböt, amely jelenleg 1,9 dollár (Castaneda Aguilar et al. 2021).

Összefoglalás

Az elmúlt évtizedben Európában kevés előrelépés történt az étrend javításában, annak ellenére, hogy az EU tagállamai rendelkeznek az egészséges táplálkozással kapcsolatos nemzeti szintű iránymutatással (Barilla Foundation 2021). Magyarországon 2016-ban jelent meg a felnőtteknek szóló hazai táplálkozási irányelv, 2017-ben az általános és középiskolás gyermekek, idén pedig a 60 év felettiak számára készült ajánlás (Szűcs 2019).

Az egészséges és fenntartható táplálkozásra való áttérés fontos eleme az oktatás (az EU tizenkilenc tagállamában a táplálkozással kapcsolatos oktatás a nemzeti tanterv része), illetve az élelmiszer- és tápértékjelölés szabályozása nem csak azok számára, akik elhízással vagy különleges táplálkozási igényekkel rendelkeznek (Kuti et al. 2021).

Fenntartható táplálkozás Európában, 2018



A világ egyetlen régiója sem felel meg az egészséges táplálkozásra vonatkozó, ún. Lancet-ajánlásoknak.

Az okoseszközök hatása a mentális egészségre

Az internet és az okoseszközök megjelenése alapjaiban alakította át szokásainkat az elmúlt évtizedekben. A kiberkultúra univerzálissá vált, beépült a munkavégzésbe és a tanulásba, szerves része lett a magánéletnek. Az okostelefonok megjelenése tovább erősítette a digitális kultúrát: a világháló korlátok nélküli hozzáférést biztosít a felhasználóknak, az okostelefon pedig korlátok nélküli hozzáférést biztosít az internethez. A jelenség új viselkedési mintázatok kialakulásához vezetett, amely a vitathatatlan pozitív hatások mellett problémákat is a felszínre hozott.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Alkotmánya definiálja az egészséget, amelynek a testi és a szociális jóllét mellett része a lelki egészség is (1948. évi XII. törvény). Az ENSZ 3. fenntartható fejlődési célja az egészséges élet biztosítását, ezen belül a 3.d alcél az egészségügyi kockázatok korai előrejelzését és csökkentését fogalmazza meg. A digitalizáció átformálja a lakosság egészség-magatartását, az átalakulás a tudományos kutatások fókuszát a kockázatok feltárása, a jelenségek leírása, valamint a prevenciók kidolgozása felé fordítja.

Viselkedési addikciók

A kutatók a már hagyományos (nem okos) mobiltelefonok korában felfigyeltek arra a szorongásos tünetre, amelyet a bekapcsolt és elérhető készülék hiánya okoz (nomophobia – no mobile phone phobia). A közösségi média elterjedésénél leírták a FOMO (fear of missing out) tüneteit, mely érzést a kimaradástól való félelem táplálja. Az okostelefonokkal együtt jelent meg az a jelenség, amikor a felhasználó a telefonjába teljesen belefeledkezve közlekedik, nemegyszer balesetet okozva (smombie – smartphone zombie). A kutatók mindhárom jelenség esetében igazolták a viselkedési addikciók klasszikus tüneteit (Pikó–Kiss 2019).

Viselkedési addikciók esetében a függőséget nem pszichoaktív szerek váltják ki, hanem valamilyen viselkedés okoz zavart az egyén életében. A zavar folyamán a függő magatartás válik dominánssá, amely következtében a saját és a függő környezetében élők testi-lelki állapota károsul.

Az élet egyéb aspektusai elveszítik fontosságukat, örömet a magatartásforma túlzásba vitt gyakorlása vált ki. A szakemberek jelentős része elfogadja azt az álláspontot, hogy a jutalmazó tevékenységek – például testedzés, internet- és videójáték-használat – a kémiai szerekhez hasonlóan képesek függőséget kiváltani (Bányai et al. 2018).

Játékhasználati zavar

A videójáték korábban egy szubkultúra zárt világához tartozott, napjainkra azonban széles körben elterjedt rekreációs tevékenységgé vált. 2020-ban a 6–64 év közötti európai lakosság 50 százaléka videójátékozott, hetente átlagosan 9,5 órát (ISFE–EGDF 2021).

A játékhasználat zavarát a WHO 2019-ben nyilvánította önálló betegségné. A viselkedési addikciókhoz sorolt, tartósan jelen lévő vagy rendszeresen visszatérő zavar offline és online (digitális vagy videójáték) formában egyaránt megjelenhet. A játékos elveszíti a kontrollt a játék felett, amely elsőbbséget élvez minden mással szemben, valamint a játék következtében kialakuló negatív következmények ellenére is képtelen felhagyni a tevékenységgel (WHO 2019).

A közösségi platformokhoz hasonlóan a videójáték-ipar adatvezérelt elven működik, az összegyűjtött adatokra támaszkodva a fejlesztők képesek növelni a játékra fordított időt és a kifizetéseket. Bizonyos játékgyakorlatok – például a véletlenszerű jutalmazás vagy a játék elkezdése megadott időpontban – növelhetik az esélyét a problémás használat kialakulásának (Nagy 2021).

A problémás használat nem mérhető pusztán a játékkal töltött idő mennyiségével, a háttérben jellemzően egyéni motivációk állnak; idesorolható például a szociális kapcsolatok hiánya, az eszképzizmus (menekülés a valódi világból) vagy a külső megjelenéssel való elégedetlenség (Kovács et al. 2020). A WHO által definiált játékhasználati zavarral szemben megfogalmazott kritika, hogy az nem választja szét az erősen elkötelezett és a klinikai értelemben vett problémás videójáték-használatot (Bányai 2020).

A fentiekből kiolvasható, hogy a zavar definiálásának és mérésének egységesítése kialakulóban van. A vizsgálatokból az a konszenzus rajzolódik ki, hogy a videójátékosok kisebb része érintett a káros használatban (Bányai et al. 2018).

Problémás internet-, okostelefon- és közösségimédia-használat

Magyarországon az internet- és a közösségimédia-használat általánosan elterjedt, a 2021 januárjában mért adatok szerint előbbi használati aránya 83, utóbbi 73,5 százalék a teljes népességben belül. Az internetes adatforgalom 46,3 százaléka, vagyis csaknem a fele mobiltelefonon keresztül zajlik (DataReportal 2021).

Amíg a WHO a játékhasználati zavart önálló betegségnek nyilvánította, addig a problémás internethasználat, a problémás okostelefon-használat és a problémás közösségimédia-használat esetében nincs egyértelmű szakmai konszenzus. A képet tovább árnyalja, hogy megoszlanak a vélemények arról, hogy a három jelenség mennyire különíthető el egymástól. Közös vonásuk, hogy hasonló neurobiológiai és pszichológiai háttérmechanizmussal rendelkeznek, illetve magas az együttjárás.

A háttérben álló közös pszichológiai tényezők egyike az unalomra való hajlam, amelyet feloldanak a digitális kultúra gyors válaszai és azonnali jutalmai. Az interneten történő élménykeresés a mindennapok kiszámíthatóságát váltja fel kalandosabb, újdonságot kínáló eseményekre. A pszichológiai kockázatok közül az önkontroll bír kiemelkedő szereppel, amely védőfaktorként szolgál többek között az okostelefonok jelzéseire adott azonnali válaszreakció késleltetésében. További közös pszichológiai tényező a flow (áramlat, belefeledkezés egy tevékenységbe) erőteljes megélése felhasználóként, az alacsony társas támogatás és önbecsülés érzése, valamint az alacsony reziliencia, vagyis az egyén csökkent rugalmas ellenállási képessége.

Az említett kockázatok különösen serdülőkorban jelennek veszélyt, amikor a biológiai változások miatt erősödik az élmény- és jutalomkeresési vágy, valamint megnő az

A problémás használat pszichés tényezői



KOCKÁZATI TÉNYEZŐK:

- Magas unalomra való hajlam
- Fokozott élménykeresés
- Erős flow-élmény használat közben
- Csökkent önkontroll
- Alacsony önbecsülés
- Alacsony társas támogatás
- Alacsony reziliencia

addikciók kialakulásának az esélye. A problémás használat és az életkor között egyértelmű összefüggés mutatható ki. Egy 2017–2019 között végzett hazai kutatás eredménye igazolta azt a hipotézist, hogy a fiatalabb korosztály káros szenvedélyei átalakulnak, a dohányzást egyre inkább felváltja az okostelefon-használat (Kiss 2021). Ugyanakkor a nemek között nincs különbség a problémás használat kialakulásánál, eltérés a használat jellegénél mérhető: amíg a nőkre inkább a közösségimédia-platformok, addig a férfiakra a multimédiás tartalmak és a játékok használata a jellemzőbb.

A három problémás használat között a hasonlóságok mellett különbségek is leírhatók, például az okostelefonoknál a kutatók figyelme a dohányzásnál is megfigyelhető manuális rítusjellegre irányult. A problémás internethasználat előfordulási arányát magyar kutatások 4–10 százalék közé teszik (Kiss 2021). Egy 2018-ban, a 14–30 év közöttiek körében készült hazai kutatás 2,5 százalékban azonosította az okostelefon-függőket, míg a közösségimédia-függés határértéket senki sem lépte át, azonban a veszélyeztetettek aránya 15,2 százalék. Az említett kutatás alapján az okostelefon használatával töltött idő és a függőség kialakulása között összefüggés lehet (Pikó–Kiss 2019).

Az okoskészülék- és internethasználat egyre fiatalabb korban kezdődik, ezért érdemes már az alsó tagozatban vagy akár az óvodában prevenciós programokat kínálni a helyes szokások kialakítása érdekében (Kiss 2021).

Idősek tartós ápolása, gondozása

Az EU országai az öregedő népesség társadalmi, szociális, gazdasági és politikai kihívásaival szembesülnek. A legsürgetőbb kihívás a tartós ápolás-gondozás megszervezése és finanszírozása, az idős emberek támogatása, mivel a kor előrehaladtával az akadályoztatás, illetve a fogyatékoság gyakrabban fordul elő, s a tartós ápolás iránti igény nő.

A várható élettartam növekedésével a következő harminc évben a 65 éves vagy annál idősebb személyek száma az EU-ban – az előrejelzések szerint – 41 százalékkal, 130,1 millió főre emelkedik. A szociális védelemmel foglalkozó bizottság (Social Protection Committee, SPC) és az Európai Bizottság Munkaügyi Főigazgatósága (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, DG EMPL) 2021. évi közös jelentése szerint a potenciálisan tartós ápolásra-gondozásra szorulóok száma az EU-27-tagállamokban a 2019. évi 30,8 millió főről várhatóan 2030-ban 33,7 millió, 2050-ben pedig 38,1 millió főre fog emelkedni (SPC–EC DG EMPL 2021).

A szociális Európa megvalósítását kitűző szociális jogok európai pillérének 18. alapelve hangsúlyozza, hogy mindenkinek joga van a megfizethető, hosszú távú, minőségi ápolási-gondozási szolgáltatások, különösen az otthoni ápolás és a közösségi alapú szolgáltatások igénybevételére. 2021 márciusában az Európai Bizottság új kiemelt célként fogalmazta meg a szociális jogok európai pillérének megvalósítására vonatkozó cselekvési tervében, hogy 2030-ig legalább 15 millió fővel csökkenteni kell a szegénységet, amely akadálya lehet időskorban a tartós ápoláshoz való hozzáférésnek (COM(2021) 102 final). A Bizottság 2022 harmadik negyedévére tervezi egy tanácsi ajánlásra irányuló javaslat benyújtását, amely egy olyan fenntartható tartós ápolási-gondozási rendszer kialakítását célozza, amely jobb és megfizethetőbb hozzáférést biztosít a minőségi szolgáltatásokhoz (EC 2022). Mindez reflektál az ENSZ 5.4 fenntartható fejlődési célra, amely szerint el kell ismerni és értékelni kell a nem fizetett ápolást-gondozást és a háztartási munkát a

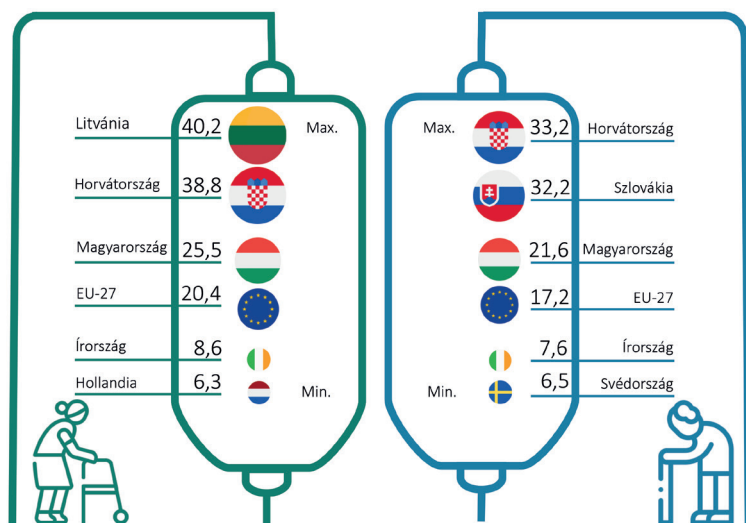
nemzeti sajátosságoknak megfelelően; a közszolgáltatások, az infrastruktúra és a szociális védelmi intézkedések biztosításával, valamint a háztartáson és a családon belül az egyenlően megosztott felelősség előmozdításával.

Helyzetkép

A tagállamok által biztosított formális, intézményi, közösségi alapú szolgáltatásokat nehezen lehet összehasonlítani, aminek – az adathiányon túl – az az oka, hogy egyrészt a rendszerek struktúrájukban, finanszírozásukban különböznek a történelem, a hagyományok folytán, másrészt sem nemzetközi, sem EU-s szinten nem létezik egységes definíció a tartós gondozásra-ápolásra, amelynek eredményeként az ápolás minőségének mérésére sincs egy egy-

65 évesek és idősebbek szubjektív egészségi állapota, 2020

Állapotukat rossznak vagy nagyon rossznak ítélik nemenkénti aránya (százalék)



ségesen elfogadott index. A szolgáltatás minőségének mérése különösen nehéz a házi, informális ápolásnál, amely leggyakrabban rejtve marad a hatóságok előtt.

Számos tagállam szemet huny az informális ápolás felett, mivel a formális ápolás nem képes gyorsan adaptálódni a megnövekedett kereslethez, ami hosszabb távon a formális ápolás komoly hiányához vezethet. Az otthonápolást végző családtagok, barátok – állami támogatások (például gondozópénz) mellett is – nyomás alá kerülnek, amely komoly fizikai, egészségügyi, lelki és anyagi megterheléssel jár. A formális gondozás hiányát nagy valószínűséggel a megnövekedett számú be nem jelentett külföldi ápolók, gondozók alkalmazása is pótolhatja (gondozói migráció).

Az EU-27-tagállamokban a 65. életévüket betöltött nők 33, a férfiak 19 százaléka szorul tartós ápolásra (SPC–EC DG EMPL 2021). Az idősebb nők alacsonyabb jövedelemmel, nyugdíjjal rendelkeznek, így kevésbé képesek megfizetni az ápolást. 2014-ben a 65 évnél idősebbeknek csak az egyharmada vette igénybe a formális házi gondozást; informális ápolásra támaszkodtak, mert igényeiket nem tudták kielégíteni – vagy, mert hiányzott a formális gondozás, vagy anyagi okai voltak, vagy egyszerűen így döntöttek.

Munkaerő a formális gondozásban

Az ágazat mérete az EU tagállamaiban jelentős eltéréseket mutat, azonban jellemző a nagyszámú betöltetlen álláshe-lyek száma, amely várhatóan rosszabbodni fog a munkaerő idősödésével, az ellátás iránti igény növekedésével, valamint az ápoláshoz szükséges egyre összetettebb készségek szükségességével. A növekvő kereslet kielégítése szempontjából kulcsfontosságú a megfelelő munkaerő biztosítása, de a nehéz munkakörülmények és az alacsony bérek miatt a jelenlegi munkaerőhiány tovább erősödhet.

Az ágazat jelenleg 6,4 millió munkavállalót foglalkoztat, és a becslések szerint 2030-ig mintegy 7 millió új munkahely fog létesülni a támogató egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakemberek, valamint a személygondozással foglalkozó munkavállalók számára. A tartós ápolásban-gondozásban dolgozók közel 90 százaléka nő (Grubánov-Boskovic et al. 2021).

Informális gondozás

Az informális gondozás az egyéni preferencián túl gyakran az elérhető és megfizethető formális gondozás hiányának kényszereredménye. A többségében nők által végzett szolgáltatás igénybevételének aránya a tagállamokban 30–85 százalék közötti. A nők munkaerőpiaci részvételének növekedésével, a nyugdíjkorhatárok emelésével, a nagyobb

földrajzi mobilitással, valamint egyéb demográfiai trendek következtében valószínűleg csökkenni fog az informális gondozás lehetősége. Az informális gondozás gyakran jelentős költségekkel jár a gondozók számára: a gondozói munka összeegyeztetése a fizetett munkával kihívást jelent a házi gondozóknak. Az 50 év felettiek által majdnem naponta vagy naponta nyújtott gondozás 6,5 százalékkal csökkenti a foglalkoztatásukat és 28 százalékkal a fizetésüket (Cicarelli–Van Soest 2018). A foglalkoztatásban részt vevő gondozók gyakran részmunkaidőben dolgoznak, ami kihat az aktuális, illetve az időskori jövedelemre, a nyugdíjjogosultság-szerzésre, és tovább sújtja azokat a gondozókat, akiknek még gyermekgondozási feladataik is vannak.

Az informális gondozás közvetlenül nem látható gazdasági értékkel bír: a ráfordított idő becsült gazdasági értéke az EU-27 GDP-jének 2,4–2,7 százaléka, ami a legtöbb tagállamban meghaladja a formális gondozásra fordított kiadásokat. Az informális gondozás költségekkel is jár: a gondozók alacsonyabb munkaerőpiaci részvétele miatt az adó- és társadalombiztosítási bevételek kiesésével és a gondozók ellátásaira fordított kiadásokkal. Ez a köz költség a részleges becslések szerint elérheti a GDP legalább 0,5 százalékát, ami a tartós ápolás-gondozásra fordított jelenlegi közkiadások közel egyharmadának felel meg (SPC–EC DG EMPL 2021).

Tartós ápolás-gondozásra fordított kiadások

A tartós ápolásnak eddig alacsony prioritása volt a tagállamok különböző szakpolitikáiban. A 2021. évi jelentés szerint a tartós ápolásra fordított kiadások az egyik leggyorsabban növekvő szociális kiadási tételt jelentik majd: a 2019. évi GDP 1,7 százalékáról 2050-re átlagosan a GDP 2,5 százalékára nőnek az EU-ban, jelentős különbségekkel a tagállamok között (SPC–EC DG EMPL). Ugyanakkor, a formális gondozásra biztosított költségek csökkentése vagy a formális gondozás díjainak emelése az informális gondozás irányába vezethetnek (Cicarelli–Van Soest 2018).

Az elmúlt években a rendszerszintű változtatások helyett több tagállam is a tartós ápolási-gondozási rendszerek egyes konkrét kihívásait igyekezett kezelni. A hangsúly kezd a rászoruló személy szükségletein és preferenciáin alapuló személyközpontú modellre helyeződni. A Covid19-járvány azonban rávilágított a tartós ápolási-gondozási rendszerek rendszerszintű hibáira.

A magas szintű ellátás alacsony költségen történő nyújtásának eszköze lehet az új technológiák alkalmazása, az aktív és egészséges időskori politikákba való befektetés, valamint az egészségfejlesztés és -megelőzés.

Szegénységcsökkentő mikrohitelprogramok

Az ENSZ fenntartható fejlődési keretrendszere a szegénység – különösképpen a mélyszegénység – felszámolását tartja az egyik legfontosabb célkitűzésének. A fenntartható fejlődéshez szükséges nélkülözhetetlen követelményként és a legnagyobb globális kihívásként tekint a probléma megoldására. Másrészt a fenntartható fejlődési célok között első helyen szerepel a gazdasági és természeti erőforrásokhoz, az alapvető szolgáltatásokhoz, új technológiákhoz és pénzügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő jogok biztosítása, külön nevesítve a mikrofinanszírozást (SDG 1.4 alcél).

Jelen szócikk a mikrohitelt mint a szociális mikrofinanszírozás egyik legfontosabb eszközét veti vizsgálat alá úgy, hogy bemutatja a modell kifejlesztését és magyarországi gyakorlatát. Az itt tárgyalt mikrohitel a nehéz szociális helyzetben élők számára biztosít kitörési lehetőséget a munkanélküliségből és a szegénységből azzal, hogy segíti a hitel igénybe vevőjét jövedelemtermelő képességének megteremtésében. Jelen jegyzet kimondottan a szociális mikrohitellezéssel foglalkozik, a mikro- (kilenc főnél nem többet foglalkoztató) vállalkozásoknak juttatott hitel, amelyet a vállalkozásfejlesztésben mikrohitelnek neveznek, nem tárgya az ismertetőnek.

A mikrohitellezés Yunus-modellje és a csoportalapú hitellezés

A mikrohitel intézményének kidolgozása Muhammad Yunus bangladesi közgazdász nevéhez fűződik, aki 1976-ban indította el a szegényeket (többnyire a mélyszegénységben élőket) megsegítő programját. A program kis összegű, fedezet nélküli hitelekkel biztosított elsősorban nem fogyasztási, hanem vállalkozásindítási céllal. A szakirodalom azóta is ezt érti szociális mikrohitellezésen. Yunus 1983-ban alapította meg a modell működését biztosító, ma is működő Grameen Bankot, majd 2006-ban tevékenységéért Nobel-békedíjat kapott.

A fedezetnélküliség gazdasági kockázata a Yunus-modell szerint eltörpülnek annak társadalmi hasznossága mellett. A közgazdász által kidolgozott, csoportnyomáson alapuló

mechanizmusban a hitelprogram résztvevői önkéntesen ötfős csoportokat alkotnak, s a csoport tagjainak kölcsönös erkölcsi kötelezettségvállalása helyettesíti a bankok által igényelt biztosítékot. Tőkefedezet híján a hitel visszafizetésének garanciája a kölcsönös bizalom. Az ötfős csoport tagjai szakaszosan kapnak hitelt, és a hiteltörlesztés fegyelmeztségének függvényében dönt a program a további, esetleg korábbanál magasabb összegű hitelek nyújtásáról.

A Yunus-modell alapján működtetett mikrohitellezési programot már több mint száz országban, köztük több mint húsz európai államban bevezették. A modell piaci megközelítésén túl talán még nagyobb jelentőséggel bír a jóléti megközelítés. A mikrohitellezés rövid távú közvetlen veszteségei vagy később megtérülő működési költségei jóval alacsonyabbak, mint a társadalmi megtérülés haszna. Ilyen hasznot jelentenek a megnövekedett adó- és járulékbévételek, a kevesebb segélykifizetés, illetve a hosszabb távon csökkenő egészségügyi és közbiztonsági kiadások (Molnár 2014).

Magyarország – Kiútprogram

Magyarországon 2007-ben alakult meg az első olyan vállalkozásfejlesztési alapítvány, mely a szociális mikrohitellezés eszköztárát is bevette a portfóliójába. Az alapítvány által működtetett Kiútprogram a leghátrányosabb helyzetű, többségében munka nélkül, nyomorban élők foglalkoztatásának, társadalmi integrációjának elősegítését tűzte ki célul. A program elsősorban az Európai Unió „Pan-European Coordination of Roma Integration Methods – Roma Inclusion: Self-employment and microcredit” elnevezésű projektjének keretéből jutott forrásokhoz, amit magyar magánszemélyek és a magyar állam is kiegészített. A programban évente 80–100 család vesz részt, ezek fele új belépő. A program évente átlagosan 50 millió forint támogatói juttatásból tud gazdálkodni, aminek nagyjából 60 százalékát az ügyfeleknek nyújtott hitelekre tudja fordítani (Kiútprogram 2019).

A 2010 óta működő Kiútprogram nemcsak mikrohitelleket, hanem legalább ugyanolyan jelentőséggel bíró üzleti és gaz-

dálkodási tanácsadást is nyújt a programban részt vevők számára. A célzott társadalmi csoportok nagy része roma közösségekből kerül ki, ahol az önfoglalkoztatóvá (egyéni vállalkozóvá vagy őstermelővé) válás jelentheti a valódi kiutat a szegénységből és a munkanélküliségből. Ez hozzájárulhat ugyanakkor a romákkal szembeni előítéletek és a foglalkoztatási diszkrimináció visszaszorításához (Kiútprogram 2019).

A hátrányos helyzetű térségekben a vállalkozások sűrűsége alacsony, az infrastruktúra elmaradott, kevés a beruházás, és hiányosan van jelen a szolgáltatási szektor. Az itt élőknek nemcsak a vállalkozás indításához szükséges minimális tőkéjük hiányzik, de két további fontos tényezőnek is híján vannak, amelyeket a program biztosítani tud részükre. Ezek a tudástőke, azaz a pénzügyi, termelési és gazdálkodási ismeretek, valamint a kapcsolati tőke, mely a beszállítói és értékesítési kapcsolatokat, ismereteket jelenti. A számukra nyújtott segítség része a kommunikációs készségek kialakítása, fejlesztése is (Molnár 2012).

A Kiútprogram tehát jóval többet nyújt a mikrohitelknél, több dimenzióban segít a vállalkozások beindításában. A mentorálás, a kapcsolati tőke kialakítása, a személyes segítség rendelkezésre állása pedig legalább olyan fontos, mint a mikrohitel nyújtása. Az ügyintézésben való segítségnyújtás a programban részt vevők számára felbecsülhetetlen értéket jelent, ugyanis alacsony képzettségi fokuk, a bürokráciában való járatlanságuk és a diszkrimináció számos akadályt gördít eléjük. Mindezt a helyi kötődésű terepmunkások ellensúlyozni tudják, segítségükkel az alapvető pénzügyi és vállalkozási ismeretek elsajátítása, az ügyintézésben

való jártasság a kialakult bizalmi viszonyoknak köszönhetően sokkal hatékonyabban, gördülékenyebben valósul meg (Kiútprogram 2012; Sebestyén 2019).

Szociális mikrohitelzés kontra közmunka

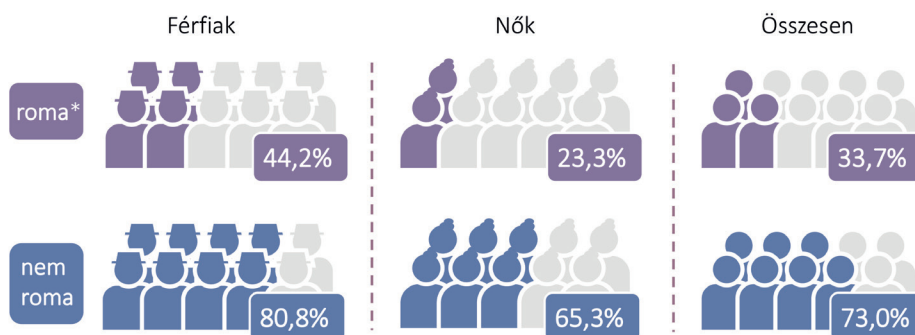
A szakirodalom gyakran állítja egymással szembe a szociális mikrohitelzést és a közmunkaprogramot. Az összehasonlítás során az alábbi előnyök és hátrányok hozhatók fel (Molnár 2014; Sebestyén 2019):

- a közfoglalkoztatásnak nincs túlmutató hatása a konkrét foglalkoztatási időszakon túl, míg a mikrohitelt igénybe vevő vállalkozások jelentős része életképes, és túléli a kezdeti időszakot;
- a mikrohitelzés hátránya viszont, hogy csak azok számára jelenthet megoldást, akik vállalkozói képességekkel rendelkeznek, szemben a közmunkával, amely ezt nem igényli;
- a közmunka azonnali anyagi megoldást jelent, ugyanakkor perspektivikusan a jövedelemteremtő képességet nem befolyásolja;
- a mikrohitelzés tudást is nyújt (technológiai, termelési folyamatok, összefüggések megismerése), és önállóságot kíván, a közmunka ellenben nem változtat a kiszolgáltatott helyzeten;
- egy adott településen belül a mikrohitelzésben részt vevők száma véges, korlátos, a közmunkaprogramban részt vevők számát viszont piaci korlátok nem szabályozzák;
- költség-haszon összevetésben a közmunkaprogram és a mikrohitel egy főre eső költségei nagyjából megegyeztek, társadalmi szinten ugyanakkor a mikrohitelprogram

jelentős többlethasznót mutatott fel.

Az 1976-ban Bangladesből indult szociális mikrohitelzési program magyarországi adaptációja, a Kiútprogram hat évvel az elindulását követően, 2013-ban az állam kivonulásával a saját lábára állt, 2020-ban pedig európai társadalmi innovációs díjat (SozialMarie díj) kapott.

A 20–64 éves roma és nem roma népesség foglalkoztatási rátája

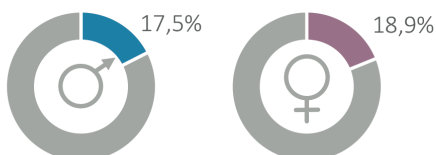


*A KSH 2018. évi munkaerő-felmérésében magukat romaként meghatározók

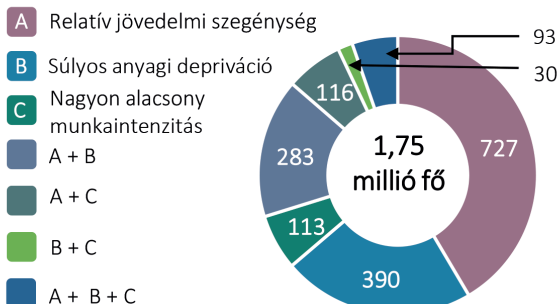


Az 1. fenntartható fejlődési cél: véget vetni mindenhol a szegénység összes formájának.

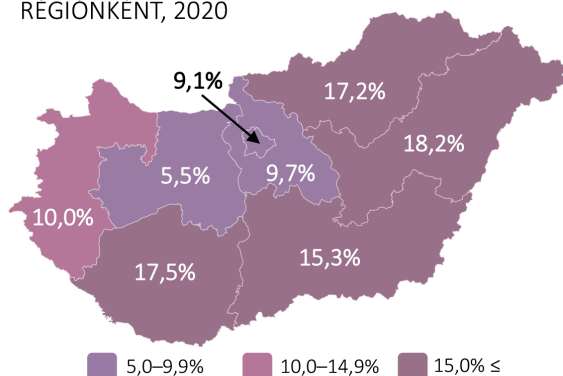
Magyarországon 2020-ban **1,75 millió fő** volt kitéve szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának.



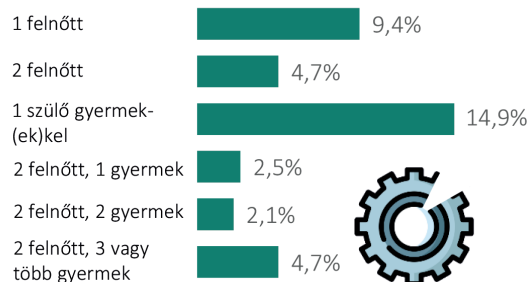
A SZEGÉNYSÉG VAGY TÁRSADALMI KIREKESZTŐDÉS KOCKÁZATÁNAK KITETTEK MEGOSZTLÁSA, 2020
Kitevtségi dimenziók szerint (ezer fő)



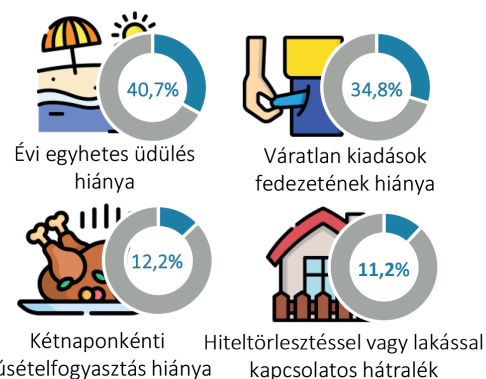
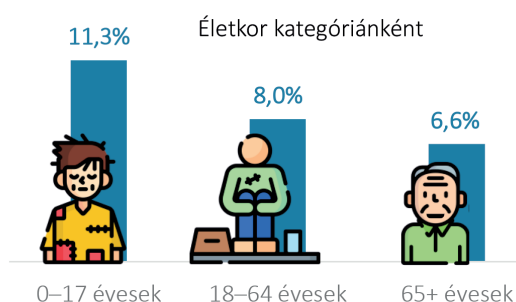
A RELATÍV JÖVEDELMI SZEGÉNYSÉG ARÁNYA RÉGIÓNKÉNT, 2020



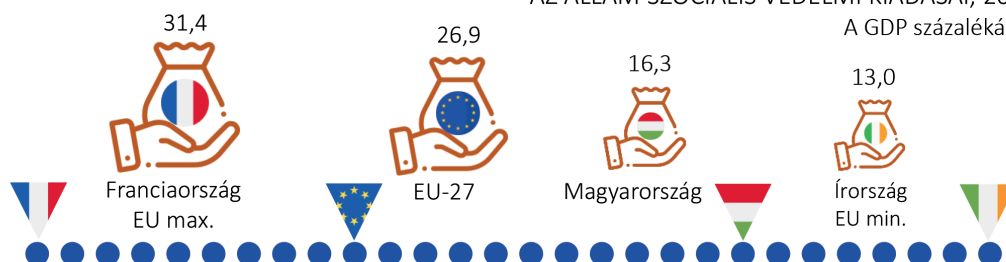
NAGYON ALACSONY MUNKAINTEENZITÁSÚ HÁZTARTÁSBAN ÉLŐK ARÁNYA HÁZTARTÁS-TÍPUSONKÉNT, 2020 (0–59 évesek)



SÚLYOS ANYAGI DEPRIVÁCIÓNAK ÉS EGYES TÉTELEINEK KITETTEK ARÁNYA, 2020



AZ ÁLLAM SZOCIÁLIS VÉDELMI KIADÁSAI, 2019
A GDP százalékában



Források

Világjárványok és vakcináció

EC (European Commission) honlapja.
EC (European Commission) (2019): *Europeans' attitudes towards vaccination. Report*. Special Eurobarometer 488.
ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) honlapja.
ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) Vaccine Scheduler honlapja.
Földvári Gábor et al. (2021): Változó éghajlat, változó környezet, változó kórokozók. Meddig tart a járványok kora? *Scientia et Securitas* 2 (1): 114–122.
Gavi (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) honlapja.
Larson, Heidi J. et al. (2016): The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine* 12: 295–301.
PTE (Pécsi Tudományegyetem) (2020): Dr. Kemenesi Gábor előadása. *Nyitott Egyetem MINI*, Youtube-videó, május 27.
UN (United Nations) (2004): *A more secure world: Our shared responsibility. Report of the High-level Panel on Threats, Challenges and Change*.
UN (United Nations) (2021): *The Sustainable Development Goals Report 2021*.
WHO (World Health Organization) (2019): *Ten threats to global health in 2019*.
COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows. *WHO*, 2021. július 15.

Táplálkozás és egészség

Barilla Foundation (2021): *Europe and Food. Ensuring environmental, health and social benefits for the global transition*.
Castaneda Aguilar, R. Andres et al. (2021): March 2021 global poverty update from the World Bank. *World Bank Blogs*, március 16.
Czeplédi Edit (2020): Az elhízással kapcsolatos attitűdök az egészségügyi ellátórendszerben. *Lege Artis Medicinae* 30 (10): 433–439.
Global Nutrition Report (2021): *2021 Global Nutrition Report. The state of global nutrition*. Bristol (UK): Development Initiatives.
Hirvonen, Kalle et al. (2020): Affordability of the EAT–Lancet reference diet: a global analysis. *The Lancet Global Health* 8 (1): e59–e66.
Kuti Beatrix et al (2021): Élelmiszerek tápérték jelölésének szabályozása az Európai Unióban és Magyarországon. Történeti áttekintés a kezdetektől napjainkig. *Élelmiszervizsgálati közlemények* 67 (1): 3269–3280.
NCD Countdown 2030 collaborators (2018): NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet* 392 (10152): 1072–1088.
„Karanténkutatás 2.0”. Élelmiszerfogyasztási szokások a Covid-19 járvány harmadik hullámában. *Nébih*, 2021. augusztus 3.

Jó úton járunk a gyermekkori elhízás megelőzésében - Október 11-e az Elhízás Világnapja (World Obesity Day). *OGYÉI*, 2017. október 11.
Rurik Imre (2014): *Az elhízás terhe és következményei az alapellátásban*. Magyar Tudományos Akadémia Doktori értekezés. Debreceni Egyetem, Népegészségügyi kar.
Szuda Sándor (2020): A COVID-19-et egy másik világjárvány erősíti. *Házipatika.com*, december 3.
Szűcs Zsuzsanna (2019): Egészséges táplálkozás mint hosszú távú prevenció program: OKOSTÁNYÉR® 6–17 éves gyermekeknek. *Magyar Tudomány* 180 (5): 688–699.
UNICEF (United Nations Children's Fund) et al. (2019): *Levels and trends in child malnutrition*.
Varga Anita (2017): Az egészséges táplálkozás szerepe a betegségek megelőzésében, dietetikai szaktanácsok. Előadás. *Semmelweis Egyetem*, 2017. november 25.
WHO (World Health Organization) (2019): *Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives*.
Malnutrition. *WHO*, 2021. június 9.
WHO/EURO (World Health Organization Regional Office for Europe) (2021): *Nutrition, overweight and obesity. Factsheet - Sustainable Development Goals: health targets*.
WOF (World Obesity Federation) (2021): *COVID-19 and Obesity: The 2021 Atlas. The cost of not addressing the global obesity crisis. March 2021*.

Az okoseszközök hatása a mentális egészségre

Bányai Fanni (2020): *A videojátékok professzionális (e-sport) és rekreációs használatának pszichológiai háttere*. Doktori disszertáció. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar.
Bányai Fanni et al. (2018): A problémás videojáték-használat újabb elméleti és gyakorlati megközelítései. *Információs Társadalom* 18 (1): 93–106.
DataReportal (2021): *Digital 2021: Hungary*.
ISFE (Interactive Software Federation of Europe) – EGDF (European Games Developer Federation) (2021): *Key Facts 2020. The Year We Played Together*.
Kiss Hedvig (2021): *A problémás internet-, okostelefon- és közösségi média-használat jellegzetességei, protektív és rizikótényezői fiatalok körében*. PhD-értekezés. Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola.
Kovács Kristóf et al. (2020): Nyolchetes mentális tréning hatása e-sportolók teljesítményére. *Alkalmazott Pszichológia* 20 (3): 27–52.
Nagy Krisztina (2021): Játékfüggőség Gyermekvédelmi szempontok az addiktív elemeket tartalmazó videojátékok szabályozásához. *In Medias Res* 10 (1): 56–70.

Pikó Bettina – Kiss Hedvig (2019): Az okostelefon- és közösségimédia-használat néhány sajátossága egy fiatalok körében végzett online felmérés alapján. *Információs Társadalom* 19 (1): 108–122.

WHO (World Health Organization) (2019): *ICD-11: International classification of diseases*. (11th revision).

Idősek tartós ápolása, gondozása

Ciccarelli, Nicola–Soest, Arthur van (2018): Informal caregiving, employment status and work hours of the 50+ population in Europe. *De Economist* 166: 363–396.

EC (European Commission) (2022): *Access to affordable and high-quality long-term care*. Published initiative.

Eurostat (2022): *Self-perceived health by sex, age and degree of urbanization*.

Grubarov-Boskovic, Sara et al. (2021): *Healthcare and long-term care workforce. Demographic challenges and potential contribution of migration and digital technology*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

SPC (Social Protection Committee) – EC DG EMPL (European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion) (2021): *Long-term care report, Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles. Volume II*.

Szegénységcsökkentő mikrohitelprogramok

Fazekas Károly et al. (szerk.) (2019): *Munkaerőpiaci tükrök 2018*. Budapest: Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont.

Kiútprogram (2012): *Szociális mikrohitelvezés, önfoglalkoztatás és roma integráció. A Kiútprogram tapasztalatai és szakpolitikai ajánlások az EU Strukturális Alapok 2014–2020 közötti tervezési időszakára*.

Kiútprogram (2019): *Társadalmi szerepvállalás a mélyszegénységben élők munkaerőpiaci integrációjában*. Kiútprogram Közhasznú Nonprofit Zrt.

Molnár György (2012): Szociális mikrohitelvezés, önfoglalkoztatás és roma integráció. A Kiútprogram tapasztalatai. *Külgazdaság* 56 (11–12): 62–97.

Molnár György (2014): A szociális mikrohitelvezés hatása a szegénység csökkentésére és a versenyre. *Versenytükrök* 2014 (1): 91–98.

Sebestyén Melinda Mária (2019): *A szociális mikrohitelvezés mint aktív munkaerőpiaci eszköz. A társadalmi megtérülésének elemzése*. MA szakdolgozat. Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Kar.

Szegénység elleni küzdelem

Eurostat (2022): *Expenditure: main results*.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2021): *A háztartások életszínvonala, 2020*.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2022a): *A nagyon alacsony munkaintenzitású háztartásban élők aránya nem, korcsoport, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, háztartástípus szerint (0–59 évesek)*. STADAT.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2022b): *A relatív jövedelmi szegénységi arány a régió- és településtípus szerint*. STADAT.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2022c): *A szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitétek aránya nem, korcsoport, iskolai végzettség, jövedelmi ötöd, gazdasági aktivitás, háztartástípus szerint*. STADAT.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2022d): *Az anyagi depriváció egyes tételeiben érintettek aránya*. STADAT.

KSH (Központi Statisztikai Hivatal) (2022e): *Súlyos anyagi deprivációban élők aránya nem, korcsoport, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, háztartástípus szerint*. STADAT.