

Tudományos Diákköri Dolgozat

Gyógynövény-fogyasztási szokások a stresszel való megküzdés kapcsán

Tartalom

Absztrakt	2
I. Bevezetés	3
II. Szakirodalmi áttekintés	4
II. 1 Fogalmak	4
II.1.2 A stressz és distressz fogalma	4
II.1.3 A komplementer és alternatív medicina	5
II. 2 A gyógynövények kiegészítő és alternatív kezelésként - adaptogének	6
II.3 A nők és a gyógynövények kapcsolata	8
II.4 Az idősek és a gyógynövények kapcsolata	8
II.5 Egyéb stresszcsökkentő hatású gyógynövények	8
III. Összegzés	11
IV. Empirikus Vizsgálat	11
IV.1 A kutatás célja	11
IV.2 Hipotézisek	12
V. Módszer	13
V.1 Vizsgálati személyek	13
V.2 Méréseszközök	13
V.3 Eljárás	15
V.4 Statisztikai elemzés	15
VI. Eredmények	15
VI.1 Leíró eredmények	15
VI.2 Hipotézis vizsgálatok	19
VII. Megbeszélés	21
VIII. Konklúzió és kitekintés	24
IX. Irodalomjegyzék	25

Absztrakt

Elméleti háttér: A XXI. század civilizációs ártalmai közé sorolhatjuk a stresszt, mely a globalizáció és a felgyorsult világunk egyik hozadéka. Dolgozatomban a szakirodalmi áttekintés keretein belül a stresszelmélet fejlődéséről írok, majd számos tanulmány és kutatás révén bemutatom a testre gyakorolt káros hatásait, valamint a gyógynövények jótékony kiegészítő megoldásait. Cél: Jelen kutatás célja az volt, hogy felmérjük a gyógynövény-fogyasztási szokásokat a jelenlegi és a korábbi stresszel való megküzdés kapcsán hazai mintán. Módszer: Az online kérdőív első felében általános szocioökonómiai és demográfiai kérdéseket tettünk fel, majd a kitöltők stressz szintjét a Stauder és Konkoly Thege által kidolgozott Észlelt Stressz Kérdőív segítségével vizsgáltuk. Továbbá, a holisztikus egészségszemlélettel és természetgyógyászattal kapcsolatos attitűdök vizsgálatához a Holisztikus Természetgyógyászati Kérdőív magyar változatát használtuk. Továbbá saját szerkesztésű kérdéseken keresztül mértük fel a kitöltők fizikai (testi) és mentális (lelki) állapotát, valamint gyógynövény-fogyasztási szokásait. Eredmények és konklúzió: Összesen 462 ember vett részt a kutatásban, 388 nő és 74 férfi. A nők 92,24%-a és a férfiak 7,76%-a használt gyógynövényeket. Eredményeink alapján a nők, a magasabb életkorú és magasabb iskolai végzettségű személyek, valamint a magasabb stressz-szinttel rendelkező egyének nagyobb arányban használnak/fogyasztanak gyógynövényeket, csak úgy, mint a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven magasabb pontszámot elért kitöltők. Érdeemes lenne további kutatást végezni a stresszel való megküzdés és a speciális gyógynövényfajtákkal kapcsolatban, amely rávilágíthat arra, hogy a kutatásban résztvevők milyen formában és milyen gyakran fogyasztják ezen anyagokat, valamint összehasonlítanánk, hogy a hagyományos és alternatív megoldások miként viszonyulnak egymáshoz.

Kulcsszavak: stressz, szorongás, álmatlanság, depresszió, gyógynövények, komplementer és alternatív medicina

I. Bevezetés

A XXI. század civilizációs ártalmai közé sorolhatjuk a stresszt, mely a globalizáció és a felgyorsult világunk egyik hozadéka (Mázik, 2003). Bár a civilizációs fejlődésnek sok jó oldala van, de a modern társadalom jelenségei és az egyéni igények növelik a káros stresszterhelést (Ábrahám, 2010). A civilizációs ártalmak (ülő életmód, túlfogyasztás, stressz stb.) következtében nő a civilizációs betegségek (mozgásszervi, idegrendszeri, szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések) száma is (Gáldi, 2011). Az egészséges életmód és a testi-lelki jóllét egyik fontos aspektusa a stresszkezelés és az önreflexió. A stressz kezelésére számos gyógynövény a komplementer medicina részeként segítséget nyújthat (Winston, 2020). Az írással az volt a célom, hogy rámutassak arra, hogy egy aktuális kollektív problémára, lehet kiegészítő és alternatív megoldásokat is találni természetes módon, gyógynövények által.

Dolgozatom empirikus részében egy kérdőíves vizsgálatot fogok bemutatni, melyet online adatgyűjtéssel végeztünk el, aminek célja felmérni a gyógynövény-fogyasztási szokásokat a jelenlegi és a korábbi stresszel való megküzdés és fizikai tünetek kapcsán. A kérdőív tartalmaz egészséggel és természetgyógyászattal kapcsolatos állításokat is, valamint kíváncsiak voltunk, hogy a betegségek gyógyítása, megelőzése kapcsán a résztvevők hogyan viszonyulnak a komplementer és alternatív medicinákhoz.

II. Szakirodalmi áttekintés

II. 1 Fogalmak

II.1.2 A stressz és distressz fogalma

Lovallo (2016) szerint, stressznek hívunk minden olyan tényezőt vagy változást, melyhez a szervezet, mint pszichobiológiai egység, csupán jelentős erőforrások segítségével tud alkalmazkodni. A stressz következtében a szervezet kibillen egyensúlyi (homeosztatikus) állapotából (Lovallo, 2016).

Selye János a stressz és az élő szervezet kapcsolatát vizsgálta mintegy négy évtizeden keresztül. Szerinte a stressz fogalma a következő: „A stressz az élő szervezet válasza bármilyen természetű megterhelésre.” (Selye, 1976, 15.o.). Összesen két reakciótípust írt le, az aktív választ (küzdelem) és a passzív választ (menekülés vagy eltérés). Minden hormonnak vagy gyógyszernek léteznek specifikus hatásai. Például az adrenalin hormon emeli a vérnyomást, fokozza a szívverést és emeli a vércukorszintet, az inzulin elnevezésű hormon pedig redukálja a vércukrot, ezáltal az egyensúlyi állapot helyreáll. Ezeknek a folyamatoknak az elsődleges célja az alkalmazkodás, mely nem specifikus követelmény, függetlenül attól, hogy milyen szervi elváltozás történik. A stresszaktivitás vagy stressz-előidéző hatás szempontjából nem lényeges, hogy az adott esemény pozitív vagy negatív érzéseket vált ki az emberekből, de az újra alkalmazkodás nélkülözhetetlen. Distressznek nevezzük a kellemetlen érzésekkel járó stresszt. A „stress” szó (köznapi jelentése: megterhelés, feszültség) a középangol és az ófrancia eredetű „distress” (köznapi jelentése: nehézség, szorult állapot, baj) szóból származik. A distress szó mindig kellemetlenséget fejez ki (Selye, 1976). Különböző hormonok, gyógyszerek, az öröm és a bánat azonos biokémiai reakciókat idézhetnek elő a szervezetben. A stressz nem csak idegfeszültség lehet. Dr. John W. Mason, az Amerikai Pszichoszomatikai Társaság volt elnöke szerint, a stresszoroknak az a közös tulajdonsága, hogy „mozgósítják a fenyegető vagy kellemetlen élethelyzetekben fellépő érzelmi vagy riasztó reakciókkal kapcsolatos élettani rendszert” (Selye, 1976, 28.o.). A stresszreakciók az alacsonyabb rendű, idegrendszerrel nem rendelkező állatoknál és növényeknél is megjelennek, nemcsak a fejlett idegrendszerrel rendelkező embereknél.

II.1.2.1 A stressz okozta mentális betegségek

A mai modern és fejlett társadalmakban a stressz mellett gyakoriak az egyéb pszichiátriai betegségek is, különösen a depresszió, álmatlanság és szorongás, melyek jelentős

negatív hatást gyakorolnak az egyénre és a társadalomra is: az életminőséget rontják, csökkentik a munkaképességet és hátráltatják a mindennapi tevékenységek elvégzését (Baxter és mtsai; 2014). Mindezen hatásoknak mérhető gazdasági következményei is vannak (Liu, L. és mtsai, 2015).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a depressziós betegségek 2020-ban a második legnagyobb betegségcsoportnak számított (Murray és Lopez, 1997). Európában kb. 18,4 millió ember érintett major depresszióban (Wittchen és Jacobi, 2005). Egy 2021-es kutatásban a depressziós zavar előfordulását vizsgálták és a közép-európai térségben Magyarországon mérték a legmagasabb prevalenciáját (7,98 %-ot) (Torre és mtsai, 2021; Jonas és Land, 2000).

Szintén egyre elterjedtebbek a szorongásos zavarok, amiket világszerte minden ötödik ember legalább egyszer átél élete során (Kessler és mtsai, 2005). Megfigyelték, hogy azok az emberek, akik szorongásban szenvednek, gyakran alvási nehézségekkel is küzdenek, s a kettő között vélhetően ok-okozati összefüggés van (American Psychiatric Association, 1994).

Becslések szerint a világon az emberek körülbelül 9-15%-a álmatlanságban szenved, ami további mentális egészségügyi zavarokat okoz. (Ohayon, 2002). Ezenfelül a súlyos depresszió, a szorongásos zavarok és az álmatlanság az immunrendszer és a szív- és érrendszer működésére is negatívan hatnak (Taylor és mtsai; 2003). Egy 2016-os kutatás eredményei szerint a magánéleti és/vagy munkahelyi stressz miatt álmatlanságban szenvedő résztvevők 11,4%-a gyógyteát alkalmaz az egészségi állapotának a javulása érdekében (Fusz és mtsai, 2016).

II.1.3 A komplementer és alternatív medicina

Magyarországon természetgyógyászatként nevezett eljárások a felhasználás módjától függően két csoportra bonthatók: komplementer az az eljárás, mely a hagyományos orvoslás technikáit természetgyógyászati eljárásokkal bővíti (például kemoterápia szövődményeinek csillapítására immunrendszer működését segítő természetgyógyászati anyagok) és az alternatív eljárások, melyben a konvencionális orvostudományi technikák helyett, a természetgyógyászati eljárások elegendő megoldást nyújtanak a beteg gyógyulásában (Udvardy, 2011).

A komplementer és alternatív medicina (KAM, CAM) használatáról számos statisztikai adat létezik. Egy 2002-es felmérés alapján az Amerikai Egyesült Államok felnőtt lakosságának 36-42%-a vesz igénybe KAM-szolgáltatást (Stratton és McGivern-Snofsky, 2008; Hlubocky és mtsai, 2007), frissebb eredmények alapján pedig 72%-uk (Udvardy, 2011; Faith és mtsai, 2013). 2013-ban Európában a lakosság 56%-a előnyben részesítette a KAM-ot (Zuzak és mtsai, 2013). Magyarországi nagy elemszámú kutatás utoljára 1999-ben volt, ebben az évben a felnőtt

lakosság 23,1%-a legalább egyszer használt vagy igénybe vett ilyesfajta lehetőséget (Varga, 2007). Egy korábbi, 1991-ben végzett felmérés alapján, a városokban élő, magasabb iskolai végzettségű, fiatal korosztály fokozott érdeklődést mutatott a természetgyógyászat iránt, továbbá szintén ezt támasztja alá egy 1995 és 1996 között végzett kutatás, melybe 28 természetgyógyász rendelőt vontak be (Antal és Szántó, 1991; Koltay, 1997). Az amerikai és az európai rendszer szerint öt tematikus csoport létezik, mely a KAM-eljárásokat leírja: „egységes komplex szemléletű elméleti megalapozottságú CAM -módszerek, tudat-test medicina, biológiai hatásfokon alapuló terápiás eljárások, energia-medicina, ízületi fájdalmak mechanikus korrekciója”. A biológiai hatásfokon alapuló terápiás eljárások közé sorolható például a növénykivonatok használata, ami magába foglalja a gyógynövények alkalmazását is, melyek átmenetet képeznek a konvencionális orvoslás és a természetgyógyászat között (Udvardy, 2011).

II. 2 A gyógynövények kiegészítő és alternatív kezelésként - adaptogének

A világ népességének körülbelül a 75%-ának az alapvető egészségügyi ellátását a botanikai gyógyszerkészítmények jelentik az Egészségügyi Világszervezet beszámolója szerint. 1920-ig a botanikai gyógyszereket széles körben használták az Egyesült Államokban, majd a ma ismert gyógyszerek felváltották a gyógynövényeket. Az 1960-as évek vége óta azonban ismét világszerte növekszik a gyógynövények iránti érdeklődés és igény (Winston, 2020).

1997-ben az Amerikában élő felnőtt lakosság (azaz körülbelül 38 millió fő) 15%-a használt gyógynövényeket egészsége fenntartása érdekében, 2002-ben pedig több mint 18,6 % (Tindle és mtsai; 2004; Eisenberg; 1998). A gyógynövények egy speciális csoportja az úgynevezett adaptogének, melyek segítséget nyújtanak abban, hogy az emberi test képes legyen alkalmazkodni a stresszhez (Winston, 2020). Az adaptáció, a környezethez való alkalmazkodás, segít a stresszreakciók kezelésében. A keleti gyógyászat kiegészítő és alternatív megoldásként számos növényt alkalmaz ezen folyamatok kiegyensúlyozására és fokozására. Az adaptogén növényekben triterpén hatóanyag található, mely hatást gyakorol a sejtekre. A legismertebb adaptogén növények közé sorolható a szarvasgyökér (*Rhaponticum carthamoides*), az ázsiai ginzeng (*Panax ginseng*), az aranygyökér (*Rhodiola rosea*), az ashwaganda (*Withania somnifera*), a tömlősgombák (*Ophiocordyceps sinensis*, *Cordyceps militaris*), a szibériai ginzeng (*Eleutherococcus senticosus*), a maca (*Lepidium meyenii*) és a rózsagyökér (*Rhodiola rosea*) (Szalkai, 2021). A kínai gyógyászatban ezeket a gyógynövényeket már több ezer éve használják, a legtöbbjeit gyógyszerként. A növényi adaptogének régóta megtalálhatóak a

Földön, ám sokak számára mégis ismeretlenek ezek az emberiség által legrégebben használt gyógymódok. A nyugati gyógyászatban Dr. Nikolai Lazarev fedezte fel, aki olyan kémiai vegyületeket kutatott 1946-1947 között, amelyek elősegíthetik az egészséges életmód fenntartását az akut vagy krónikus stressz negatív hatásainak csökkentésével. Így vezette be az adaptogén gyógynövények fogalmát, amelyek képesek növelni a nem-specifikus stressz-ellenállás állapotát (Winston, 2020).

Az adaptogének támogatják az anyagcsere normál működését és segítik a belső homeosztázis visszaállítását. Fokozzák a test ellenálló-képességét a fizikai, érzelmi, biológiai és környezeti stresszel szemben. Egyes növények együttes használatukkor kölcsönhatásba is léphetnek, erősíthetik, vagy épp gyengíthetik egymás hatását (Winston, 2020). Ezen kívül az adaptogének hatnak a neuroendokrin rendszer szabályozására, az immunrendszer működésére, a kardiovaszkuláris rendszerre, az anyagcsere folyamatokra és a krónikus stresszre adott fiziológias válaszokra (általános adaptációs szindróma) (Winston, 2020).

A neuroendokrin hatás a test két fő irányító rendszerének szabályozása által valósul meg: a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengelyen és a szimpatoadrenális rendszeren (SAS) keresztül. A HPA tengely hatással van a HPG (hipotalamusz-hipofízis-gonád) tengelyre, amely szabályozza a szexuális működést és a nemi hormonokat. A SAS továbbítja a külső ingerekre adott válaszokat és szerepe van az akut vagy krónikus stressz elleni küzdelem reakcióiban. Ezen felül az elmúlt tíz évben kutatások kimutatták, hogy az adaptogének sejtszinten is működnek, javítják a normál sejtműködést (Winston, 2020). Némely adaptogén gyógynövény antidepresszáns szerepet tölt be azáltal, hogy a szerotonin receptorokra hatást gyakorol. Ilyen növény a ginseng, melyet évszázadok óta használ a hagyományos kínai orvoslás a hangulat javítására és megtartására (Xu és mtsai; 2012). Egy 2013-as kutatásban véletlenszerű, kettős vak, placebokontrollált vizsgálat során a *Panax ginseng* fáradtságcsökkentő hatását vizsgálták, ahol idiopátiás krónikus fáradtsággal küzdő nők és férfiak 20% etanol ginzengkivonatot (napi 1 vagy 2 gramm) vagy placebót kaptak. Az eredmények szerint csökkent a krónikus kimerültség és javult az antioxidáns és mentális állapot azoknál, akik 2 gramm ginzenget kaptak (Kim és mtsai; 2013).

Összességében elmondható, hogy az adaptogének naponta szedhetők az általános egészség érdekében. Több millió ember használja rendszeresen ezeket a gyógynövényeket. Számos gyógyszer (pl. antidepresszánsok) hatékonyságát megnövelhetik, illetve az esetleges mellékhatásokat kiküszöbölhetik. Ezen növények fogyasztása előtt szakértőhöz érdemes fordulni, hiszen először számos életmódbeli tényezőt szükséges megvizsgálni, például életkort, fennálló betegségeket (Winston, 2020).

II.3 A nők és a gyógynövények kapcsolata

A népi orvoslásra visszatekintve azt látjuk, hogy a nőkre jellemzőbb a gyógynövények alapvető ismerete, mint a férfiakra. A szakirodalom utal a füvesasszonyok, gyógyító asszonyok tudástárára, melynek oka a természettel való szoros kapcsolatuk. Régen a betegellátás, főzés a nők feladata volt (Grynaeus és mtsai, 1979). Napjainkban, bár fejlettebb az orvostudomány, mégis a női szerepkörök vagy nőiséghez társított jellemzők között szintén megjelenik, hiszen a természetközelség és a természetesség a betegségek kezelésében jellemzően a női identitás részét képezik (Vukov, 2020).

II.4 Az idősök és a gyógynövények kapcsolata

A KSH adatai szerint, az életkor előrehaladtával növekszik a populáción belül a beteg emberek aránya. Magyarországon a népesség 45%-a szenved valamilyen, legalább 6 hónapja tartó krónikus fájdalommal, betegséggel, ám az idősebb korosztály körében magasabb az arány (KSH, 2017; KSH, 2018; Monostori és Gresits, 2018). Az idősök egészségi állapota együtt jár a felnőtt lakosság rossz minőségű egészségmutatóival. A hazai idős lakosságnál mozgásszervi, szív – és érrendszeri betegségek, illetve anyagcsere-megbetegedések nagy számban fordulnak elő (KSH, 2017). Az életkor előrehaladtával romlik az emberek egészsége, emiatt a gyógyszerfogyasztás emelkedik (Masnoon és mtsai; 2017). A gyógynövények, vényköteles és nem vényköteles gyógyszerek használata/ fogyasztása növekvő tendenciát mutat az idősök körében. Az Egyesült Államokban végzett reprezentatív kutatás eredményei szerint legalább egy vényköteles gyógyszert az idősebb emberek 87%-a használt és a gyógynövények vagy táplálék-kiegészítők (ginzeng, biloba stb.) fogyasztása is nagyfokú növekedést mutatott (Rochon, 2020).

II.5 Egyéb stresszcsökkentő hatású gyógynövények

A bazsarózsa feldolgozott gyökere a *Paeonia lactiflora* Pall (Ranunculaceae), ami a különféle kínai gyógyászati készítmények fontos összetevője, melyet a depressziós betegségek kezelésére használnak (Zhang és mtsai; 1998; Xie és mtsai; 2005). Továbbá a szorongás és közepes depresszió kezelésére a világ egyik legősibb növénye lehet alkalmas, az úgynevezett *Ginkgo biloba*, melyet köznapin nyelven páfrányfenyőnek nevezünk, s amely több mint 200 millió éve létezik. Kínai feljegyzéseket találtak i.e. 2800-ból a növény jótékony hatásairól (Hamburger és mtsai; 1991). Szédülés, vérrellátási zavarok, szembetegségek és öregkori demencia ellen jótékony hatással bír, javítja az anyagcsere működését és a perifériás keringést (Zhang és mtsai; 2009; Le Bars és mtsai; 1997; Jung és mtsai; 1990).

A citromfű (*Melissa officinalis*) az árvacsalánfélék (*Lamiaceae*) családjába tartozó élő gyógy- és fűszernövény, ami több mint 2000 éve ismert. Előfordulását tekintve főként Dél-Európában és Nyugat-Ázsia bizonyos területein található meg, ám más térségek is foglalkoznak a termesztésével. A citromfűvíz a népi orvoslásban fájdalomcsillapító és nyugtató hatásáról volt híres (Seidler-Lozykowska és mtsai., 2013; Little, 2004). A citromillat a citrálnak és a citronellának köszönhető (Petri, 1991). A friss és a szárított növényi részekből készíthető illóolaj. Az Európai Gyógyszerügynökség (European Medicines Agency, EMA) monográfiája szerint azok a készítmények, melyek citromfűvet tartalmaznak, alvási problémákban, szorongásban, puffadásban segítséget nyújthatnak (EMA, 2012). További pszichoneurológiai tünetek enyhítésére is alkalmazzák, mint a melankólia, migrén vagy az enyhe depresszió mérséklésére. Jótékony hatásairól számos tudományos kutatás létezik. (Seidler-Lozykowska és mtsai, 2013). Egy 2011-es nyílt, kontroll nélküli vizsgálatban a „Cyracos” nevű készítményt vizsgálták, amely a citromfű alkoholos kivonatát tartalmazta. A készítmény alkalmazása során az alvászavar előfordulása 42%-kal csökkent, mely a citromfű nyugtató hatásának volt köszönhető a kutatók szerint (Cases és mtsai, 2011). A citromfű anxiolitikus (szorongásoldó) hatását egy kettős vak, keresztezett, placebókontrollos vizsgálatban figyelték meg, melyben 18 ember vett részt. A résztvevők 300 és 600 mg citromfűvet kaptak 7 napon keresztül és egy számítógépes feladat segítségével idézték elő a stresszhatást. A vizsgálat végén mindkét dózis alkalmazása során mérséklődött a szorongás, de 600 mg dózis esetén volt szignifikáns eltérés. (Kennedy és mtsai, 2004). A növény hatásmechanizmusa csak részben ismert. A citromfű antidepresszáns hatásának lehetséges magyarázata lehet a MAO-A (monoamin-oxidáz) enzim bénítása, ám ez humán vizsgálatokban még nem bizonyított. A bénítás következtében a szinaptikus résben megnő a noradrenalin és a szerotonin koncentrációja, ami a depresszió esetében fokozottan redukálódik (Lopez és mtsai, 2009).

A levendulafajok az árvacsalán-virágúak (*Lamiales*) rendjén belül, az ajakosvirágúak (*Lamiaceae*) családjába és a *Lavandula* nemzetségbe tartozó élő növény (Svábné és Heltmanné, 2013). A gyógyászatban, az illatszeriparban népszerű a friss virágos szárból vízgőz-desztillációval kivont illóolaj. Drogjai a szárított és morzsolt virág (*Lavandulae flos*) és a friss virágos szárból kivont illóolaj (*Lavandulae aetheroleum*), mely a gyógyászatban és az illatszeriparban rendkívül népszerű. Az illóolaj vízgőz-desztillációval jön létre. A virágdrog nyugtató és antibakteriális hatású, valamint az epekiválasztást fokozza. Alvási problémák, idegesség, nyugtalanság és epebántalmak esetén segítséget nyújthat. Továbbá külsőleg kenőcs formájában reumás fájdalmakra, idegzsába kezelésére használják (Tóth, 2008). A két drog

megtalálható számos gyógyszerkönyvben, a VIII. Magyar Gyógyszerkönyvben (2004) is (Paál és mtsai, 2004). Magyarországon az első levendulaültetvényt 1920-ban telepítette Bittera Gyula Tihanyban. A szaporítóanyag Franciaországból származik (Bernáth, 2000).

A kamilla (*Matricaria recutita* L.) vagy másnéven orvosi székfű az egyik legnépszerűbb gyógynövényként ismert. Évezredek óta alkalmazzák gyógyító céllal és manapság már számos tudományosan alátámasztott bizonyíték létezik a jótékony hatásáról (Kovács és mtsai, 2016). A szó elnevezése a föld (chamos) és alma (milos) szavakból jött létre. Az ókori Egyiptomban sok betegség gyógyítására használták, de a mumifikálás során balzsamozó olajként és kozmetikai termékként is ismert volt. Később a rómaiak ital formájában fogyasztották, míg Hippokratész úgy gondolta, hogy a kamilla menstruációs fájdalmak enyhítésére érdemes fogyasztani (Singh és mtsai, 2011; Petronilho és mtsai, 2012), majd a középkorban már illóolaj formában is használták. Az Európai Gyógyszerkönyvben hivatalos ezen gyógynövény bizonyos részei: virágzata, folyékony kivonata, illóolaja (Kovács és mtsai, 2016). A kamilla külsőleg és belsőleg egyaránt alkalmazható, gyulladáscsökkentő hatásáért az azulén, poliszacharidok és flavonoid típusú anyagok felelősek (Panés és mtsai, 1996; Srivastava és mtsai, 2009; Safayhi és mtsai, 1994). Angliában és Dél-Európában az emberek nyugató hatásáról ismerik, mivel a kamillaolaj inhalációjával redukálódik a vér ACTH (adrenokortikotróp hormon) szintje, mely a biológiai stresszel van szoros kapcsolatban. A szakirodalom szerint nyugtató hatásának az oka részben a flavonoid típusú apigenin anyag. Randomizált, kettős vak placebo-kontrollos vizsgálatokból kiderült, hogy az apigeninre standardizált farmakológiai készítmény alkalmazásával bizonyos pszichiátriai betegségekben segítséget nyújtanak és ilyesfajta tünetek mértékét enyhítik. Ilyen például a depressziós zavarok, pánikbetegség, szorongásos tünetek, fobia (Amsterdam és mtsai, 2009). Az egyik vizsgálatnál a 61 szorongásban szenvedő beteg 20 mg kamillavirágzat vagy placebo kapszulát 5-8 hétig napi ötször kapott, valamint Nakamura és munkatársai 2002-ben a kamillateát vagy placebót alkalmaztak napi egyszer és mindkettő vizsgálat esetében javulás történt a depresszió és a lehangoltság tekintetében (Amsterdam és mtsai, 2009; Nakamura és mtsai, 2002). Továbbá egy 2005-ös publikációból kiderült, hogy Savino és munkatársai 88 egészséges csecsemőt vizsgáltak, ahol 71 mg/kg kamillatartalmú italt vagy placebót egy héten keresztül kaptak a vizsgálati személyek. Ezen randomizált, kettős vak, placebo-kontrollos kutatás eredményei kimutatták, hogy a kezelt csoportban szignifikánsan csökkent a csecsemősírás időtartama, mely 85%-kal esett, míg a placebo csoportban ez az érték 49% volt (Savino és mtsai, 2005). Az orvosi székfű hatásosságát terápiás, népgyógyászati alkalmazása mellett számos humán vizsgálatban is alátámasztották. A tudomány mai állása

szerint a nyugtató hatása mellett bőr- és nyálkahártyagyulladás-csökkentő, ekcémás problémákat mérséklő szerepe is van. Igazoltan segítséget nyújt az emésztőszervrendszeri görcsök oldásában, valamint a száj- és gyomor-nyálkahártya panaszok kezelésére is használható (McKay és Blumberg, 2006). Külső felhasználás esetén 1-2 teáskanál drog 2 dl forró vízzel való kivonása javasolt, valamint belső alkalmazásnál körülbelül 3-5 g drog szükséges a kamillateához, de az altató, nyugtató dóziszra értendő kutatások hiányában nincs mód ajánlást tenni (Stiegelmeier, 1978; EMA, 2011).

III. Összegzés

A hétköznapi feladatok, kihívások okozta stressz számos megpróbáltatás elé állítja a modern társadalmunk tagjait. A stressz okozta mentális betegségek, mint a szorongás, a depresszió és az álmatlanság ellen kiegészítő alternatív megoldásként a gyógynövények hatásosak lehetnek. Az adaptogének a gyógynövények egy speciális csoportja. Léteznek olyan adaptogén gyógynövények, melyek stresszcsökkentő hatással vannak a szervezetre. A témát azért találtam fontosnak, mert az egészséges életmód kialakítása érdekében, érdemes megismerni a farmakológiai terápiákon túl más konvencionális és alternatív megoldásokat, praktikákat is, melyeket nem csak betegségek gyógyítására, de betegségek megelőzéseként is használhatunk. A világban számos olyan gyógynövény elterjedt, melyek az emberiség mindennapjai részévé vált (pl. teák formájában). Érdemes a fiatal nemzedékkel is megismertetni a gyógynövények világát, annak érdekében, hogy ne csak megküzdési stratégiaként tudják alkalmazni a stressz ellen, de prevencióként is.

IV. Empirikus Vizsgálat

IV.1 A kutatás célja

Jelen kutatás célja az volt, hogy felmérjük a gyógynövény-fogyasztási szokásokat a jelenlegi és a korábbi stresszel való megküzdés kapcsán hazai mintán.

Vizsgálatunk során online kérdőíves adatgyűjtést végeztünk. A kérdések részben az általános egészségi állapotra és gyógynövény-fogyasztási szokásokra vonatkoztak, valamint felmértük, hogy akik fogyasztanak és/vagy használnak gyógynövényeket, azok alternatív vagy kiegészítő megoldásként tekintenek-e ezen anyagokra. Továbbá megvizsgáltuk, hogy milyen formában történik a készítmények fogyasztása.

A kérdőív magában foglalt az egészséggel és természetgyógyászattal kapcsolatos állításokat, valamint az észlelt-stressz vizsgálata valósult meg. A kutatás során kérdéseket tettünk fel a komplementer és alternatív medicinákkal kapcsolatban, illetve megkérdeztük a

kitöltőktől, hogy a megelőzés, betegségek gyógyítása érdekében fogyasztanak/használnak-e természetes vagy feldolgozott formában gyógynövény tartalmú készítményeket.

IV.2 Hipotézisek

1. Hipotézis:

Feltételeztük, hogy a gyógynövényeket fogyasztó/használó vizsgálati személyek nagyobb aránya nő, hiszen korábban a népi orvoslás és a természetközeliség a nőkre volt jellemző (ld. II.2 fejezet).

2. Hipotézis:

Feltételeztük, hogy a gyógynövényeket fogyasztó/használó résztvevők szignifikánsan magasabb életkorúak, mivel az életkor előrehaladtával romlik az emberek egészségi állapota. Emiatt nemcsak a gyógyszerek, de a gyógynövények fogyasztása is növekvő tendenciát mutat (ld. II.2 fejezet).

3. Hipotézis:

Feltételeztük, hogy a gyógynövények fogyasztása/használata a magasabb iskolai végzettségű személyekre jellemző. A II.1.3 fejezetben leírtak alapján az 1900-as évek végén a magasabb iskolai végzettségű emberek nagy érdeklődést mutattak a természetgyógyászat iránt.

4. Hipotézis:

Feltételeztük, hogy a gyógynövényeket fogyasztó/használó magasabb pontszámot ért el a stressz-szint mérésnél az Észlelt Stressz skála alapján, valamint több olyan fizikai tünetről számolnak be, melyek szoros kapcsolatban állnak a stresszes életmóddal. Hiszen a stressz magasabb szintje számos fizikai és mentális tünettel járhat együtt, amelyekre bizonyos gyógynövények (például az adaptogének) használata megoldást nyújthat (ld. II.6 fejezet). Így vélhetően a stressznek való erősebb kitettség gyakoribb gyógynövény használattal párosul. A II.4 fejezetben leírtak alapján korábbi kutatás is megerősítette, hogy a stresszhatások okozta álmatlanság kezelésére gyógyteát alkalmaztak a vizsgálati személyek (forrás).

5. Hipotézis:

Feltételeztük, hogy a gyógynövényeket fogyasztók/használók magasabb pontszámot érnek el a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven: a Természetgyógyászati alskálán és a Holisztikus Egészség-hiedelmek alskálán is. Feltételezésünk alátámasztja, hogy egy korábbi vizsgálat során a kérdőív mindkét alskálája szignifikáns, közepes

erősségű együttjárást mutatott a gyakorlati jellemzők (természetgyógyászati készítmények használata) és az attitűd jellemzők között (Köteles, 2014)

6. Hipotézis:

Végül utolsó hipotézisünk a mért változók közötti összefüggésekre vonatkozott. Feltételeztük, hogy az észlelt stressz-szint pozitív kapcsolatban áll a fizikai tünetek számával, s negatív együttjárást mutat az anyagi helyzettel.

V. Módszer

V.1 Vizsgálati személyek

A vizsgálatban 18 éven felüliek vehettek részt. A vizsgálatban 462 kitöltő, 388 nő (84%) és 74 férfi (16%) vett részt. A legfiatalabb résztvevő 18, a legidősebb 69 éves volt, az átlagéletkor 30,79 (SD=9,49 év) évnél adódott. A vizsgálati személyek közül 3 fő általános iskolai, 4 fő érettségi nélküli középfokú végzettséggel, 139 fő érettségivel és 316 fő főiskolai vagy egyetemi végzettséggel rendelkezett (ld. 1. és 2.sz. ábrák).

V.2 Mérészközök

Az online kérdőív (ld. 3.1 sz. melléklet) első felében általános szocioökonómiai és demográfiai kérdéseket tettünk fel (nem, életkor, iskolai végzettség, szubjektív anyagi helyzet). A kitöltők stressz szintjét a Stauder és Konkoly Thege (2006) által kidolgozott *Észlelt Stressz Kérdőív* (Perceived Stress Questionnaire (PSS)) (ld. 3.2 sz. melléklet) segítségével vizsgáltuk (Stauder és Konkoly Thege, 2006). A kérdőív 4 tételből áll, melyek 5 fokú Likert skálán (0-4) pontozandók. A Likert skála válaszlehetőségei a következők: soha (0), szinte soha (1), néha (2), elég gyakran (3), nagyon gyakran (4). A magasabb pontszám az észlelt stressz magasabb szintjével jár együtt. Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale-PSS) magyar változata olyan érzésekre és gondolatokra kérdez rá, melyek a vizsgálati személy stresszészlelését mutatják be azzal kapcsolatban, hogy az elmúlt hónapban szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt meg, mennyire gondolja a napjait túlterheltnak, befolyásolhatatlannak, bizonytalanoknak. A kérdőív könnyen és jól érthető kérdésekből tevődik össze. Életmódbeli és kulturális sajátosságok nem igazán befolyásolják a megadott válaszokat, mivel az egyes tételek nem specifikus helyzetekre értendők, általános kérdéseket járnak körül. (Például: Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit; Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?) A kérdések egy hónapos periódusra vonatkoznak, tehát a mindennapi történések nem változtatják

meg érdemben a megadott válaszok összességét, ugyanakkor közép- és hosszú távon a kérdéssor összpontszámának változásai jól szemléltetik a (krónikus) stressz-szintben megjelenő fontosabb változásokat. A kérdőív remekül használható egyes csoportok összehasonlítására, egészségi állapotok, életkörülmények, megküzdési készségek megfigyelésére (Stauder és Konkoly Thege, 2006). Jelen vizsgálatban a kérdőív megbízhatósága 0,81 volt (Cronbach alfa érték).

A holisztikus egészségszemlélettel és természetgyógyászattal kapcsolatos attitűdök vizsgálatához a 11-tételes **Holisztikus Természetgyógyászati Kérdőív** magyar változatát használtuk (ld. 3.3 sz. melléklet) (Köteles, 2014). A Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív (Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire-HCAMQ) két, egymással összefüggő skálából (Természetgyógyászat és Holisztikus Egészség-hiedelmek) áll, melyek a természetgyógyászati módszerek tudományos alátámasztásával és az egészség holisztikus viszonyulásával kapcsolatos attitűdöt mérik (Köteles, 2014). A kérdőívet Hyland és munkatársai dolgozták ki a 2000-es évek elején (Hyland és mtsai, 2003). Eredetileg a Természetgyógyászat (CAM) skála 6 tételét egy már meglévő kérdőív (Attitudes to Alternative Medicine Scale, AMMS; Finnigan, 1991) tételei közül emelték ki, melyek az egészséggel és a természetgyógyászattal kapcsolatos állításokat tartalmaz. (Például: „A természetgyógyászati eljárásokat alaposabb tudományos vizsgálatnak kell alávetni ahhoz, hogy az orvosok számára is elfogadhatóvá váljanak.”) A Holisztikus Egészség-hiedelmek (Holistic Health Beliefs) 5-tételes skálája a szerzők már meglévő, nem publikált munkájából ered, melyek elsődlegesen a pszichológiai és életmódbeli faktorok funkcióját emelik ki az egészség megtartásában (Köteles, 2014). (Például: A pozitív gondolkodás segíthet egy kisebb betegség legyőzésében.”) A tételeket 6-fokozatú Likert -skálán szükséges értékelni. A magyar nyelvű változatban a teljes egyet nem értéstől (1-es érték) a teljes egyetértésig (6-os érték) tart. Jelen vizsgálatban a kérdőív belső megbízhatósága 0,82-nek adódott (Cronbach alfa érték).

Továbbá saját szerkesztésű kérdéseken keresztül mértük fel a kitöltők fizikai (testi) és mentális (lelki) állapotát, valamint a stressz és a különböző betegségek közötti kapcsolatokat. Kíváncsiak voltunk, hogy a résztvevők hogyan viszonyulnak a (nem gyógynövény alapú) gyógyszerekhez és a gyógynövény alapú készítményekhez. A saját szerkesztésű bloknál rákérdeztünk bizonyos stresszhez köthető tünetekre és betegségekre (például fejfájás, hátfájás, szorongás, fáradtság, alacsony/ magas vérnyomás, allergia, bőrkütiés, székrekedés). Ebben az esetben megvizsgáltuk, hogy egy személy összesen hány darab tünetet jelölt meg, mely a tünet összpontszám megnevezéssel jelenik meg később a munkánkban.

Továbbá a kitöltők fizikai (testi) és mentális (lelki) problémáira és/vagy tüneteire, ezen problémák kezelésére vonatkozóan gyűjtöttünk információkat, különös hangsúllyal a (nem gyógynövény alapú) gyógyszerek (tabletta, kapszula stb.) és a növényi alapú készítmények (tea, illóolaj stb.) használatára/ fogyasztására és használatához kapcsolódó időtartamra (a kérdések a 3.4. sz. mellékletben találhatók).

V.3 Eljárás

Az adatok felvétele online, kényelmi mintavételezéssel történt. Ismerőseim, egyetemi társaim és hozzátartozóim számára küldtem el, közösségi média felületen osztottam meg a kérdőív elérhetőségét. A résztvevők a kitöltést megelőzően információt kaptak a kutatás céljáról. A kutatásban 18 éven felüli személyek vehettek részt.

A kérdőíves kutatást az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottsága elfogadta, az etikai engedély száma 2022/353. Az online felületen történő adatgyűjtésre 2022 július és szeptember között került sor.

V.4 Statisztikai elemzés

Az eredmények statisztikai elemzését SPSS v28 (IBM, Armonk, NY) programmal végeztük. A leíró statisztikához a változók esetében átlagot és szórást számoltunk. A Shapiro-Wilk teszt eredményei szerint a változók eloszlása szignifikánsan eltért a normáltól, ezért az összefüggésvizsgálatok során nem paraméteres eljárást, Spearman-féle rangkorrelációs elemzést alkalmaztunk. A gyógynövényt használó és nem használó vizsgálati személyek jellemzőit Mann-Whitney U próbával hasonlítottuk össze, a két nem gyógynövényhasználati szokásainak összehasonlításához pedig Khi négyzet próbát használtunk.

VI. Eredmények

VI.1 Leíró eredmények

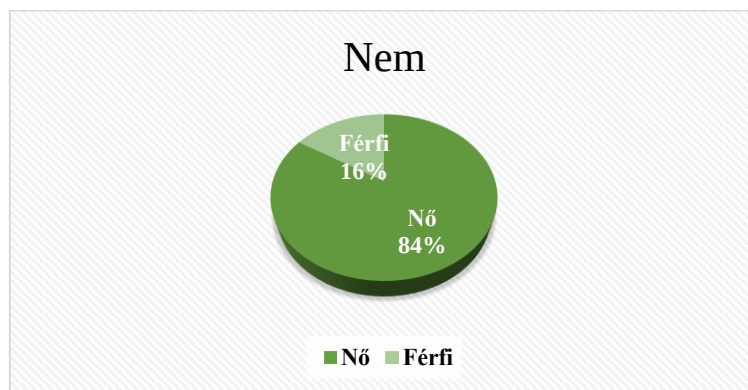
Az alábbi táblázatban a kutatásban felhasznált változók leíró statisztikai eredményeit tüntettük fel. Tartalmazza az elemszám, átlag, minimum és maximum értékeket a következő részekre lebontva: nem, kor, iskolázottság, szubjektív anyagi helyzet, Természetgyógyászat alskála, Holisztikus Egészségábrándok alskála, Holisztikus Természetgyógyászat skála összpontszám, Észlelt Stressz skála, tünetek összpontszám.

	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Kor	18	69	30,79	9,49
Iskolázottság	1	4	3,66	0,53
Anyagi helyzet	1	5	4,03	0,73
HCAMQ összpontszám	14,00	66,00	48,11	9,92
Természetgyógyászat alskála	6,00	36,00	22,81	5,88
Holisztikus Egészségiedelmek alskála	5,00	30,00	25,29	6,53
Észlelt stressz skála	0	16,00	6,48	3,16
Tünetek összpontszám	0	20	4,16	3,37

1. táblázat. A kutatásban használt változók leíró statisztikai adatai.

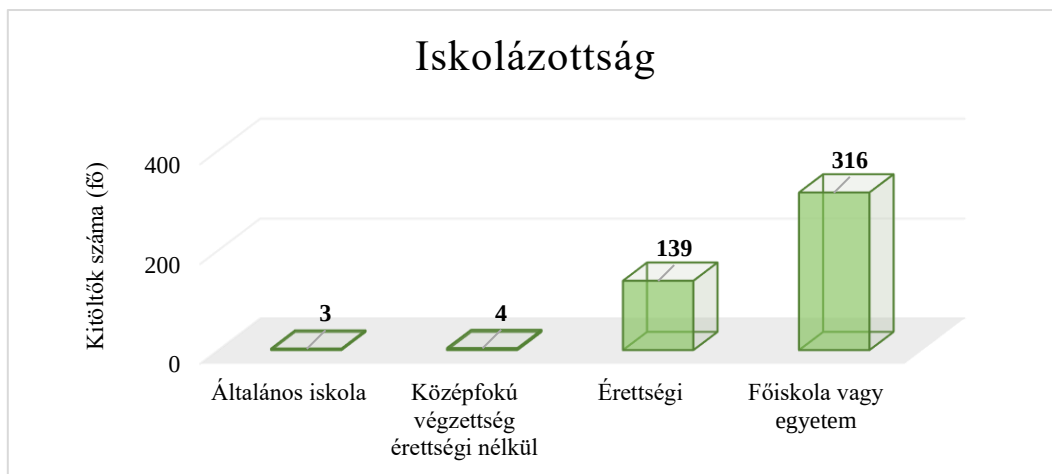
Megjegyz.: HCAMQ = Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív

Az alábbi ábrákon a kitöltők szociodemográfiai adatai láthatók.



1. ábra. A kutatásban résztvevők nemi eloszlása a mintában.

A kérdőívet összesen 462 ember töltötte ki. 388 nő és 74 férfi vett részt a kutatásban, tehát a nemarány a mintában nagy mértékben eltér.



2. ábra. A kutatásban résztvevők iskolai végzettségének megoszlása a mintában.

A kutatásban résztvevők 0,6%-ának (3 személy) a legmagasabb iskolai végzettsége általános iskola, 0,9%-ának (4 személy) középfokú végzettség érettségi nélkül, 30,1%-ának (139) érettségi és 68,4%-ának (316) főiskola vagy egyetem. A kérdőívet 18 éven aluli személyek nem töltötték ki. Érdekes megemlíteni, hogy a kérdőív nagy részben a 30 év alatti, főiskolát vagy egyetemet végzett korosztályhoz jutott el.



3. ábra. A kutatásban résztvevők szubjektív anyagi helyzetének megoszlása a mintában.

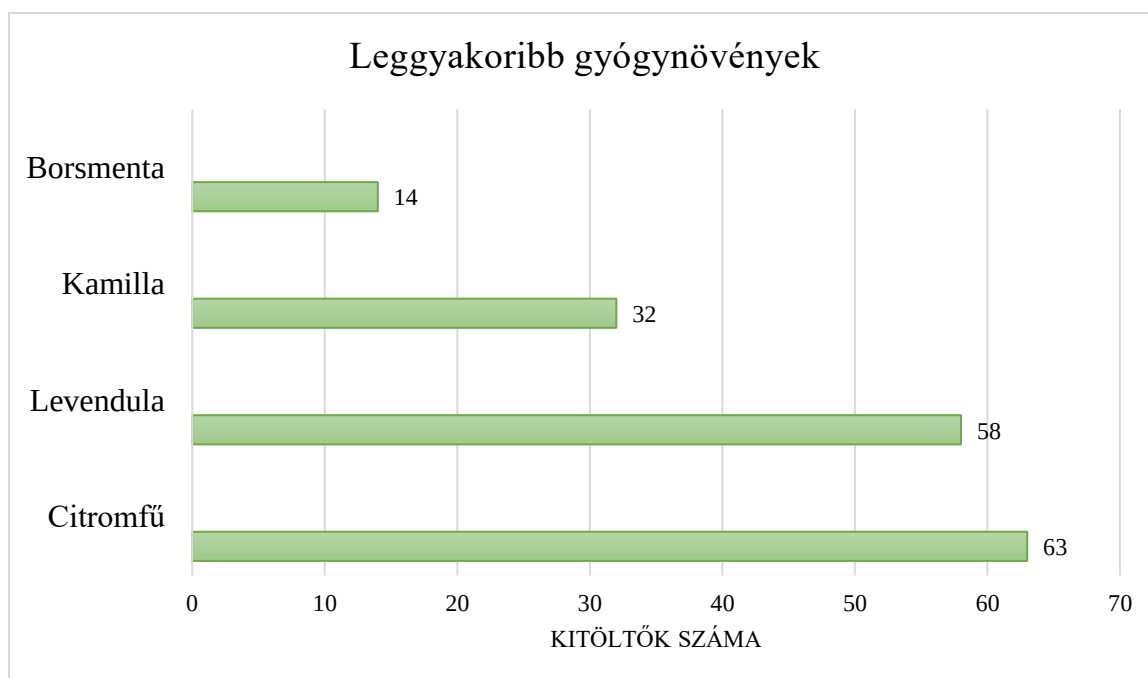
A diagram szerint a résztvevők többsége közepes vagy jobb anyagi helyzettel rendelkezett. A kitöltők csupán 0,2%-a él nélkülözések, anyagi gondok között, 2,4%-nak hónapról-hónapra anyagi problémáik vannak, 16,5% éppen, hogy kijön a jövedelméből, 55,8% beosztással jól kijön és 25%1% gondok nélkül jól kijön.

A vizsgálati személyeket két csoportra osztottuk, majd összehasonlítottuk, annak megfelelően, hogy használnak/fogyasztanak-e (N=245) vagy sem (N=217) gyógynövény alapú készítményeket. A két csoportot egy eldöntendő kérdés alapján alakítottuk ki, mely a következő volt: „Az Ön által megjelölt fizikai és/vagy mentális problémák kezelésére használ-e gyógynövény alapú készítményeket (tea, illóolaj, szappan stb.)?”

	Teljes minta (átlag±szórás)	Gyógynövényt használó résztvevők (N=245) (átlag±szórás)	Gyógynövényt <u>nem</u> használó résztvevők (N=217) (átlag±szórás)
Női nem aránya	84%	92,24%	74,65%
Kor	30,79±9,49 év	31,93±9,09 év	29,52±9,79 év
Iskolázottság	3,66±0,53	3,72±0,47	3,60±0,59
Anyagi helyzet	4,03±0,73	3,97±0,7	4,10±0,76
HCAMQ összpontszám	48,11±9,92	50,56±9,25	45,34±9,93
Természetgyógyászat alskála	22,81±5,88	24,42±5,4	20,99±5,88
Holisztikus Egészségihiedelmek alskála	25,29±6,52	26,13±5,73	24,35±7,21
Észlelt Stressz skála	6,48±3,16	6,83±3,05	6,07±3,24
Tünetek összpontszám	4,16±3,37	5,16±3,6	3,03±2,69

2. táblázat. A gyógynövényt használó és nem használó résztvevők csoportjának leíró statisztika jellemzői.

Megjegyz.: HCAMQ= Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív, N=elemszám



1. ábra. A leggyakrabban használt gyógynövények megoszlása a mintában.

A résztvevők a diagramon megjelölt négy gyógynövényt alkalmazták a leggyakrabban. 63 ember használ/fogyaszt valamilyen formában citromfűvet, 58 ember levendulát, 32 ember kamillát, 14 ember pedig borsmentát. Leginkább tea és illóolaj formában alkalmazták ezen anyagokat.

VI.2 Hipotézis vizsgálatok

1. Hipotézis: A gyógynövényeket fogyasztók/használók nagyobb arányban a nők közül kerülnek ki.

A férfiak és nők gyógynövényhasználati szokásait Khi négyzet próbával hasonlítottuk össze. Az eredmények szignifikáns eltérést mutattak ($\chi^2=26,47$, $p<0,001$), vagyis a nők nagyobb arányban használnak gyógynövényeket. A nők aránya a gyógynövényeket használók/fogyasztók körében 92,24%-nak, míg a férfiak aránya 7,76%-nak adódott, a gyógynövényeket nem használók/fogyasztók körében pedig 74,65% volt a nők, míg 25,36% volt a férfiak aránya.

2. Hipotézis: A gyógynövényeket fogyasztók/használók magasabb életkorúak, mint azok, akik nem alkalmaznak gyógynövénytartalmú készítményeket.

A gyógynövényeket alkalmazó és nem alkalmazó személyek csoportját Mann-Whitney U próbával hasonlítottuk össze. Életkor esetében szignifikáns eltérést találtunk a

két csoport között ($U=32843$; $p<0,001$). A gyógynövényt használók csoportja magasabb átlagéletkorral (átlagéletkor= 31,93 év) volt jellemezhető, mint a gyógynövényt nem alkalmazó kitöltők (átlagéletkor= 29,52 év).

3. Hipotézis: A gyógynövények fogyasztása/használata inkább a magasabb végzettségű személyekre jellemző.

A Mann-Whitney U próba szerint a gyógynövényeket használó résztvevők szignifikánsan magasabb iskolázottsággal (átlag pontszám = 3,72) bírtak a gyógynövényt nem alkalmazó kitöltőkhöz (átlag pontszám= 3,6) képest ($U=29082$; $p=0,031$), bár a különbség nem volt nagy mértékű.

4. Hipotézis: A gyógynövényeket fogyasztóknak/használóknak magasabb a stressz-szintjük az Észlelt Stressz skála alapján.

Szignifikáns eltérést találtunk az észlelt stressz tekintetében is. A gyógynövényt használó résztvevők csoportja magasabb stresszpontszámot ért el (átlag pontszám= 6,84) az Észlelt Stressz Skálán ($U=30489,5$; $p=0,006$), mint a gyógynövényt nem használók (átlag pontszám= 6,07). A tünetek összpontszámát tekintve a Mann-Whitney U próba szerint a gyógynövényt alkalmazó személyek szignifikánsan több stresszhez köthető fizikai tünetről számoltak be ($U=36482$; $p<0,001$) (ld. 2. sz. táblázatban).

5. Hipotézis: A gyógynövényeket fogyasztók/használók magasabb pontszámot érnek el a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven: a Természetgyógyászati Kérdőíven és a Holisztikus Egészség-hiedelmek kérdőíven is.

A Mann-Whitney U próba szerint a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven, valamint annak két alskáláján elért összpontszámok szignifikánsan különböztek a gyógynövényeket alkalmazó és nem alkalmazó résztvevők között. Az eredmények arra mutatnak, hogy mind teljes kérdőíven ($U=35826,5$; $p<0,001$), valamint a Természetgyógyászat alskálán ($U=35614,5$; $p<0,01$), mind a Holisztikus Egészség-hiedelmek alskálán ($U=30421,5$; $p=0,007$) magasabb pontot értek el a gyógynövényt alkalmazó kitöltők (ld. 2. sz. táblázat).

6. Hipotézis: A magasabb észlelt-stressz szint pozitív kapcsolatban áll a fizikai tünetek számával, s negatív együttjárást mutat az anyagi helyzettel.

A Spearman korrelációs elemzés eredményei szerint, közepes erősségű pozitív kapcsolat volt az észlelt stressz mértéke és a fizikai tünetek száma között ($\rho=0,45$, $p<0,01$) és az észlelt stressz skálán elért pontszám gyenge negatív együttjárást mutatott az anyagi helyzettel ($\rho=-0,29$, $p<0,01$).

A korrelációs vizsgálat eredményeit lásd a 3. táblázatban:

	Észlelt Stressz skála
Kor	-0,028
Iskolázottság	-0,051
Szubjektív anyagi helyzet	-0,294**
HCAMQ összpontszám	-0,090
Természetgyógyászat alskála	-0,025
Holisztikus Egészségihiedelmek alskála	-0,129**
Tünetek összpontszám	0,447**

*Spearman-féle korreláció, $p\leq 0,05$

**Spearman-féle korreláció, $p\leq 0,01$

3. táblázat. A Spearman-féle rangkorrelációs vizsgálat eredményei

Megjegyz.: HCAMQ: Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven

VII. Megbeszélés

A következőkben értékelem és értelmezem az eredményeket, megvizsgálom a hipotéziseink teljesülését.

1. Első hipotézisünk a gyógynövényhasználó személyek nemére vonatkozott, feltételeztük, hogy a gyógynövényt alkalmazók nagyobb aránya nő. Szignifikáns eredményt kaptunk, tehát beigazolódott a hipotézisünk, kapcsolatot találtunk a két változó között, vagyis valóban a nőkre jellemzőbb a gyógynövények használata/fogyasztása. Grynaeus és munkatársai (1979) rámutattak a nők népi orvoslásban betöltött szerepére, valamint a nők és a természetes környezet közötti kapcsolatra. Más szakirodalmi forrás is alátámasztja, hogy a nők a természetes gyógymódokat előszeretettel használják a betegségek kezelésére (Vukov, 2020). Bár a kutatásunk eredményeinek általánosíthatóságát nehezíti, hogy a kérdőívet jelentősen több nő töltötte ki, az eredmények azonban arra mutatnak, hogy napjainkban is a

természetes gyógymódok használata a női identitáshoz társul, valamint nagyobb érdeklődést mutatnak a gyógynövények iránt a nők, mint a férfiak.

2. Második hipotézisünkben a gyógynövényhasználók életkorával kapcsolatban végeztünk felmérést. Feltételeztük, hogy a tüneteik, betegségeik kapcsán gyógynövényeket használó személyek idősebbek, mint azok, akik nem alkalmaznak gyógynövény alapú termékeket. Az eredmények szignifikáns eltérést mutattak, tehát a gyógynövényt fogyasztó/használó résztvevők átlagos életkora (kissé) magasabb volt, mint a gyógynövényt nem alkalmazó személyeké. Az eredmény mögött az állhat, hogy az idősebb korosztálynak több egészségügyi problémával kell megküzdenie, esetükben gyakrabban jelentkeznek a magasabb életkorhoz köthető krónikus betegségeket kísérő tünetek, s ezekre segítségképp nagyobb eséllyel alkalmaznak a személyek gyógynövényeket. Érdemes lenne megvizsgálni, hogy ugyanezt az eltérést találnánk-e a hagyományos, konvencionális gyógyszer használata esetében. Ugyanis, ha ott is tapasztalnánk ezt az eltérést, akkor valóban nagy eséllyel a tünetek megnövekedett száma közvetíti a gyógynövényhasználat és kor közötti kapcsolatot.
3. Harmadik hipotézisünkben az iskolai végzettséget vizsgáltuk meg. Feltételeztük, hogy a gyógynövények fogyasztása/használata a magasabb iskolai végzettségű emberekre jellemző. A hipotézisünk beigazolódott, mivel szignifikánsan magasabb iskolázottsággal bírtak a gyógynövényt alkalmazók, mint a gyógynövényt nem használók. Az eredmény arra utal, hogy aki magasabb végzettségű, az több tudásanyaggal rendelkezik az ilyesfajta témában. Az 1990-es években végzett kutatások is alátámasztják, hogy a magasabb iskolai végzettségű fiatalok nagyobb érdeklődést mutattak a természetgyógyászat iránt (Antal és Szántó, 1991; Koltay, 1997.) Feltételezhetjük, hogy számos ember nincs tisztában a természetes eljárásokkal, gyógymódokkal és emiatt nem használ gyógynövényeket.
4. Feltételeztük, hogy magasabb a stressz-szintjük az Észlelt Stressz skála alapján azoknak, akik gyógynövényeket fogyasztanak/használnak. Az eredmények szerint szignifikáns eltérés volt az észlelt stressz tekintetében, hiszen a gyógynövényt alkalmazók csoportja magasabb stresszpontszámot ért el a skálán, mint a gyógynövényt nem használók. Winston (2020) írása szerint léteznek olyan gyógynövények, melyek a stresszhez való alkalmazkodásban és a homeosztázis fenntartásában segítséget

nyújthatnak (például ginseng). Érdeemes lenne megvizsgálni, hogy pontosan milyen gyógynövényeket fogyasztanak/használnak a magasabb stressz-kitettséggel jellemezhető személyek. Továbbá feltételeztük, hogy a gyógynövényeket alkalmazók több olyan fizikai tünetről számoltak be, melyek kapcsolatban állhatnak a stresszhatásokkal. Eredményeink alátámasztották ezt, szignifikánsan több tünetet közöltek az ezen termékeket használó résztvevők.

5. Feltételeztük, hogy a gyógynövényeket fogyasztók/használók magasabb pontszámot érnek el a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven és annak mindkét alskáláján is. Beigazolódott ezen hipotézisünk, hiszen a két alskálán elért összpontszámok alapján szignifikáns eltérés volt a gyógynövényeket alkalmazó és nem alkalmazó résztvevők között. A teljes kérdőíven, a Természetgyógyászat alskálán, valamint a Holisztikus Egészségihiedelmek alskálán is magasabb pontot értek el a gyógynövényt fogyasztó/használó személyek. Ez az eredmény arra utalhat, hogy akik jobban hisznek a gyógynövények hatásosságában és ismerik a természetes gyógymódokat, valamint a komplementer és alternatív medicina eljárásokat, azok szívesebben alkalmazzák az ezen alapuló módszereket. Korábbi vizsgálat során a kérdőív mindkét alskálája szignifikáns, közepes erősségű együttjárást mutatott a gyakorlati jellemzők (természetgyógyászati készítmények használata) és az attitűd jellemzők között (Köteles, 2014).
6. Végül utolsó hipotézisünk a mért változók közötti összefüggésekre vonatkozott. Feltételeztük, hogy az észlelt stressz-szint pozitív kapcsolatban áll a fizikai tünetek számával, s negatív együttjárást mutat az anyagi helyzettel. Az eredmények szerint közepes erősségű pozitív kapcsolat volt az észlelt stressz mértéke és a fizikai tünetek száma között, tehát a magasabb stressz-szint több fizikai tünettől járt együtt. Ezt az összefüggést egy 2016-os kutatás is alátámasztja, amely során ugyan csak az álmatlanságot vizsgálták a kutatók, de az szoros összefüggést mutatott a stresszes életmóddal (Fusz és mtsai, 2016). Továbbá az észlelt stressz és az anyagi helyzet között negatív kapcsolatot találtunk, tehát a magasabb stressz-szint rosszabb anyagi helyzettel járt együtt.

VIII. Konklúzió és kitekintés

Eredményeink alapján a nők, a magasabb életkorral rendelkezők, a magasabb végzettségűek, valamint a magasabb stressz-szinttel rendelkező egyének nagyobb arányban használnak/fogyasztanak gyógynövényeket, csak úgy, mint a Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőíven magasabb pontszámot elért kitöltők. A kitöltők leggyakrabban citromfűvet, levendulát, kamillát és borsmentát alkalmaztak.

Felmérésünk korlátjaiként meg kell említeni a mintaválasztás és a módszertanból fakadó nehézségeket. Az aránylag kis minta és a férfiak alacsony részvételi aránya miatt az eredmények semmiképp nem általánosíthatók a teljes népességre.

A dolgozatomban a kérdőív mindössze egy részét használtam fel, így a későbbiekben lehetőség van a felvett adatok más részének elemzésére, ami további megfigyeléseket tesz lehetővé, mint például a gyógynövényfogyasztás gyakoriságát vagy a felhasználás módját.

IX. Irodalomjegyzék

- Ábrahám, J. (2010). *Rekreációs alapok*. Budapest: *Nemzeti Erőforrás Minisztérium Sportért Felelős Államtitkárság*.
- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Amsterdam, D., Yime, Li', Söller I', Rockwell, K., Mao, JJ., Shults, J. (2009). *J Clin Psychopharmacol*, 29,318-382
- Antal, Z. L., Szántó, Zs. (1991). A természetgyógyászat és az orvostudomány konfliktusa. In: *Leltár* (szerk.: Gáthy Vera). *MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központja*, Budapest.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J. Norman, R.E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31(6), 506-516.
- Bernáth, J. (2000). *Gyógy- és aromanövények*. *Mezőgazda Kiadó*, Budapest
- Cases, J., Ibarra, A., Feuillère, N., Roller, M., Sukkar, S. (2011). *Med J Nutrition Metab*, 3, 211-218
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280(18), 1569-1575.
- EMA (2011). European Union herbal monograph on *Matricaria recutita*, EMA/HMPC/S 5837
- EMA (2012). Assessment report on *Melissa officinalis* L., folium. *European Medicines Agency*, EMA/HMPC/196746/2012
- Faith, J., Thorburn, S., Tippens, K. M. (2013). Examining CAM use disclosure using the Behavioral Model of Health Services Use. *Complement. Ther. Med.*, 21(5), 501–508.
- Fusz, K., Faludi, B., Pusztai, D., Sebők, N., Oláh, A. (2016). Insomnia és elalvást segítő szokások felmérése felnőttek körében. *Orvosi Hetilap*. 1788-6120
- Grynaeus, T., Nagy, I., Hoppál, M. (1979). Gyógyító. In Ortutay Gyula szerk. *Néprajzi Lexikon*, Budapest, *Akadémiai Kiadó*, 362-365.

- Hamburger, M., Marston, A., & Hostettmann, K. (1991). Search for new drugs of the plant origin. *Adv. Drug Res.*, 20, 167-217.
- Hlubocky, F. J., Ratain, M. J., Wen, M., Daugherty, K. (2007). Complementary and alternative medicine among advanced cancer patients enrolled on phase I trials: A study of prognosis, quality of life, and preferences for decision making. *J. Clin. Oncol.*, 25(5), 548–554.
- Jonas, B.S., & Land, J.F. (2000.) Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 188–196.
- Jung, F., Mrowietz, C., Kieseewetter, H., Wenzel, E. (1990). Effect of Ginkgo biloba on fluidity of blood and peripheral microcirculation in volunteers. *Arzneimittel-Forschung*, 40(5), 589–593.
- Kennedy, D.O., Little, W., Scholey, A. (2004). *Psychosomatic Medicine*, 4, 607-613
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiat.*, 62(6), 617-627.
- Koltay, E. (1997). A természetgyógyászat helyzete Magyarországon a 20. században (kézirat)
- Kopp, M. (2008). Magyar lelkiállapot. *Végeken Alapítvány*. Budapest.
- Kovács, B., Gosztola, B., Rédei, D., Csupor, D. (2016). *Orvosi székfű (kamilla)- az Év Gyógynövénye 2016-ban. Gyógyszerészet*, 60.267-274.
- Köteles, F. (2014) A Holisztikus Természetgyógyászat Kérdőív magyar változatának (HCAMQ-H) pszichometriai vizsgálata. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 15 (2014) 1, 49—65
- KSH (2018). A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei (ELEF 2014).
- KSH. (2017). Ezüstkör: korosodás és társadalom. ISBN 978-963-235-504-7
- Le Bars, P. L., Katz, M. M., Berman, N., Itil, T. M., Schatzberg, A. F. (1997). A placebo-controlled, double-blind, randomized trial of an extract of Ginkgo biloba for dementia. *JAMA*, 278(16), 1327–1332.

- Liu, L., Liu, C., Wang, Y., Wang, P., Li, Y., & Li, B. (2015) Herbal Medicine for Anxiety, Depression and Insomnia. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2015;13(4):481-93.
- Lopez, V., Martin, S., Gomez-Serranillos, M.P., Carretero, M.E., Jager, A.K., Calvo, M.I. (2009). *Neurochem. Res.*, 11, 1955-1961
- Lovallo, W. R. (2016) Stress and Health. Biological and psychological interactions. London: *Sage Publications, Inc.*
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., Caughey, G. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BM J Geriatrics*, 17:230.
- Mázik, A. (2003). A posztmodern társadalom jelenségeinek társadalom-lélektani magyarázata Budapest: *Akadémiai Kiadó*
- McKay, DL., Blumberg, JB. (2006). *Phytother. Res.*, 20, 519-530
- Monostori, J., Gresits, G. (2018). Idősödés. *Demográfiai Portré.*
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- Nádori, L., Gáspár M., Rétsági, E., H. Ekler, J., Szegerné Dancs, H., Woth, P., Gáldi, G. (2011). Sportelméleti ismeretek. Pécs: *Dialóg Campus Kiadó -Nordex Kft.*
- Nakamura, H., Moriya, K., oda' S., Yano, E., Kakuta, á.' (2002) *Aroma Res.* 3, 251-255
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med. Rev.*, 6(2), 97-111.
- Oláh András (2012. szerk.): Az ápolástudomány tankönyve. *Medicina Könyvkiadó*, Budapest. pp. 105-112.
- Paál, T., Kőszeginé, Szalai, H. Nagy, A., Haraszti, Cs., Boldizsár, I. (2004). Magyar Gyógyszerkönyv. VIII. kiadás, *Medicina Kiadó*, Budapest. 2171-2172.
- Panes, J., Gerritsen, ME., Anderson, DC., Miyasaka, M., Granger, D.Ay'. (1996). *Microcirculation*, J, 279-286
- Petri G. (1991). Gyógynövény- és drogismeret, *Medicina Könyvkiadó*, Budapest, 231.
- Petronilho, 5., Maraschin, M., Coimbra, MA., Rocha, SM. (2012). *Ind Crop Prod* 40, 1-12
- Resch, M., Haász, P. (2009). Az első epidemiológiai felmérés a magyar élsportolók körében: evészavarok, depresszió, és egyéb rizikótényezők. *Orv. Hetil.*, 150, 1, 35-40.

- Rihmer, Z., Döme, P., Gonda, X., Bélteczki, Zs. (2017). Az öngyilkosság veszélye felmérése a rizikófaktorok hierarchikus osztályozása alapján. *Neuropsychopharmacologia, Hung.*, 19, 3, 131-136.
- Rochon, P. (2020). Drug prescribing for older adults. *UpToDate*.
- Safayhi, H., Sabieraj, J., Sai I er E. R., Ammon, H. P. (1994). *Planta Med.* 60, 4 1041 3
- Savino, F., Cresi, E., Castagno, E., Silvestro, L., Oggero, R. (2005). *Phytother Res*, 19, 335-340
- Seidler-Łożykowska, K., Bocianowski, J., Króla, D. (2013). *Ind. Crops Prod.* 49; 515–520
- Selye, J. (1976). Stressz distressz nélkül. Budapest. *Akadémiai Kiadó*.
- Singh, O., Khanam, 2., Misra, N., Srivastava, MK. (2011). *Phcog Rev.*, 5,82-95
- Srivastava, J.K., Pandey, M., Gupta, S. (2009). *Life Sci.* 85, 663 669
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216.
- Stiegelmeier, H. (1978). *Der Kassenarzt* 18,3605-3606.
- Stratton, T. D., McGivern-Snofsky, J. L. (2008). Toward a sociological understanding of complementary and alternative medicine use. *J. Altern. Complement. Med.*, 14(6), 777–783.
- Sváb J.-né, Heltmanné Tulok M. (2013). *Lavandula spp. - Levendulafajok*. In: Bernáth J. (szerk.) *Vadon termő és termesztett gyógynövények*. Mezőgazda Kiadó, Budapest. 320-325.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., & Durrence, H. H. (2003). Insomnia as a health risk factor. *Behav. Sleep Med.*, 1(4), 227-247.
- Tindle, H. A., Davis, R. B., Phillips, R. S., & Eisenberg, D. M. (2004). Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern. Ther. Health Med.*, 11(1), 42-49.
- Torre, J. A. (2021). Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public Health*
- Tóth L. (2008). *Gyógynövények Drogok Fitoterápia*. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen, 77-79.
- Udvardy, M. (2011) Komplementer és alternatív gyógyászat és rosszindulatú vérképzőszervi betegségek *Magyar Tudomány*, 172(3), 322-330.

- Varga, O. (2007). A természetgyógyászat integrációja a modern medicinába, különös tekintettel az orvosképzésre és a hazai jogi szabályozásra. PhDértekezés. Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen.
- Vukov, A. (2020). Komplementer és alternatív medicina- Népi gyógyászat és nőiség. *Műhely* IV. folyam 11(1)
- Winston, D., & Maimes, S. (2020) Adaptogének. Hórusz Könyvkiadó.
- Wittchen, H-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15: 357-376.
- Xie, Z. L., & Wang, X. H. (2005) Clinical study of Jiawei Sini Decoction in the treatment of 38 dysthymic patients. *Chin. J. Inf. TCM*, 12, 8-9.
- Zhang, J. J., & Zhong, X. M. (2009). Natural drug in senile dementia treatment: research progress. *J. Liaoning Univ. Tradit. Chinese Med*.
- Zhang, M. Z., Zhang, Q. Y., & Cui, G. B. (1998). Clinical study of XiaoYaoSan in the treatment of depressive neurosis. *J. Shandong Univ. TCM*, 22, 34-37.
- Zuzak, T. J., Boňková, J., Careddu, D., Garami, M., Hadjipanayis, a., Jazbec, J., Merrick, j., Miller, J., Ozturk, C., Persson, I. A. L., Petrova, G., Peiró, P. S., Schraub, S., Simones-Wüst, A. P., Steinsbekk, A., Stockert, K., Stoimenova, A., Styczynski, J., Tzenova-Savova, A., Ventegodt, S., Vlieger, A. M., Langler, A. (2013). Use of complementary and alternative medicine by children in Europe: Published data and expert perspectives. *Complement. Ther. Med.*, 21(Suppl. 1), S34–S47.