

Beszélgetés a folyóiratról Dr. Surján Orsolya főigazgatóval

Interview with Dr. Orsolya Surján about the Journal

doi: 10.24365/ef.v58i1.142

Az Egészségfejlesztés folyóiratról Dr. Surján Orsolyát, a NEFI főigazgatóját, valamint, mint a kiadásért felelős vezetőt kérdezte a szerkesztőség.

Milyen szakmai szerepet tölt be az Egészségfejlesztés folyóirat jelenleg és milyen célt tűzhet maga elé?

2016-ban az Egészségfejlesztés folyóirat két jelentős változáson ment keresztül, egyrészt már elektronikus formában jelenik meg, másrészt bevezetésre került a szakbírálati rendszer. Lehet vitatkozni azon, hogy egy folyóirat presztízse mennyire változik meg azáltal, hogy nem jelenik meg nyomtatott kiadvány formájában, azonban a XXI. század elején elkerülhetetlen az elektronikus rendszerekre való átállás. Ma már a szakirodalmi kutatást sem a könyvtárban kezdjük el.

Az Egészségfejlesztés folyóirat ma Magyarországon az egyetlen olyan népegészségügyel, egészségfejlesztéssel, prevencióval foglalkozó folyóirat, amelyben a megjelent eredeti közlemények független, kettős vak szakmai bírálaton esnek át. A szakmai bírálatra külső, a hazai népegészségügyben elismert szakembereket kérünk fel. E szakmai bírálati rendszer bevezetése kiemelt jelentőségű mind a folyóirat, mind a magyar népegészségügyhöz kapcsolódó szakma életében. Ezáltal a közlemények színvonala egyértelműen emelkedik, másrészt a szerzők elismertsége is növekszik, szakirodalmi hivatkozás lehet a folyóiratban megjelent közlemény.

Az Egészségfejlesztés ezekkel a változásokkal egy olyan irányt jelölt meg, melyen tovább kell haladnunk. Cél az egyetemekkel való szorosabb kapcsolat kialakítása, a kutatási területek, eredmények ismertetése, a magyar nyelvű közlemények elismertségének növelése, és egy olyan, szakmai berkekben közismert lap kialakítása, amely a gyakorlati egészségfejlesztési munkában is felhasználható ötleteket nyújt és tudástárként szolgál.

Milyen jelentőséget tulajdonít egy ilyen típusú szakmai folyóiratnak?

Ma az egészséges életmóddal kapcsolatosan számos ismertető, tájékoztató található a világhálón is, de a gyógyszerári, a szépségápolási termékismertetőik is számos tanácsot tartalmaznak a témában. Úgy tűnik, ez az a terület, amelyhez mindenki ért, mégis a magyar felnőtt lakosság több, mint a fele túlsúlyos vagy elhízott, egyharmada nem eszik naponta friss zöldséget, gyümölcsöt és kevesen mozognak rendszeresen. Az életmódunkkal összefüggésben kialakult betegségek a leggyakoribbak, gondoljunk az elhízásra, magas vérnyomásra, cukorbetegségekre vagy a mozgásszervi betegségekre, melyek ma már népbetegségnek számítanak. Az lenne a jó népegészségügyi célkitűzés, hogy ezeken a legnagyobb terhet jelentő betegségeken ne csak az ellátó rendszer oldaláról próbáljunk meg változtatni, hanem a lakosság egészségkultúráját is alakítsuk úgy, hogy az egészséges életmód (egészséges táplálkozás, rendszeres testmozgás, addikciómentes életforma) tudatos választása legyen a norma.

Ennek a folyamatnak egyik eszköze lehet ez a folyóirat is. Itt nem arra gondolok, hogy ez legyen a lakosság hiteles tájékoztató folyóirata, hanem arra, hogy fel kell ismernünk: a lakosság szemléletformálása, az egészségfejlesztés egy külön szakma, amely nemcsak rátermettséget, hanem szakmai felkészültséget is feltételez. Ezt a szakmai tudást, fejlődést is szeretnénk biztosítani ezzel a lappal az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára. Mivel regisztráció után a közleményekhez, beszámolókhöz, szemlékhez hozzá is lehet szólni, egy szakmai fórum helyszíne is kíván lenni a folyóirat.

Ebben a tekintetben is egyedülálló szolgáltatást nyújt a lap Magyarországon.

Milyen irányba fejlesztené tovább a lapot?

Amennyiben tudnánk megfelelő humánerőforrást biztosítani a feladathoz, jó lenne a megjelenés gyakoriságát növelni, valamint örömmel vennénk, ha több eredeti közleményt tudnánk megjelentetni. Lehetséges irány a fórum népszerűsítése vitaindító kérdésekkel, de erről még nem beszéltem a szerkesztőséggel. Nem szeretném a saját elgondolásaimat ráerőltetni a szerkesztőségre, hiszen itt egy jól működő csapat dolgozik magas szakmai színvonalon, és fontosnak tartom, hogy a folyóiratot érintő döntések továbbra is közösen szülessenek.

Mit üzenne az Egészségfejlesztés olvasóinak?

Küldjenek a rovatainkba közleményeket, ajánlják kollégáiknak is a folyóiratot, hivatkozzanak rá és legfőképpen szóljanak hozzá a témákhoz!

Surján Orsolya 2016. októberétől vezeti a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetet. Korábban a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház infektológusa volt, majd Nógrád megyében tisztifőorvos, a Nógrád Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályának vezetője. Pályafutását a Semmelweis Egyetemen kezdte rezidens orvosként, ahol 2008-ban szakvizsgázott.



Szerkesztőségi hírek

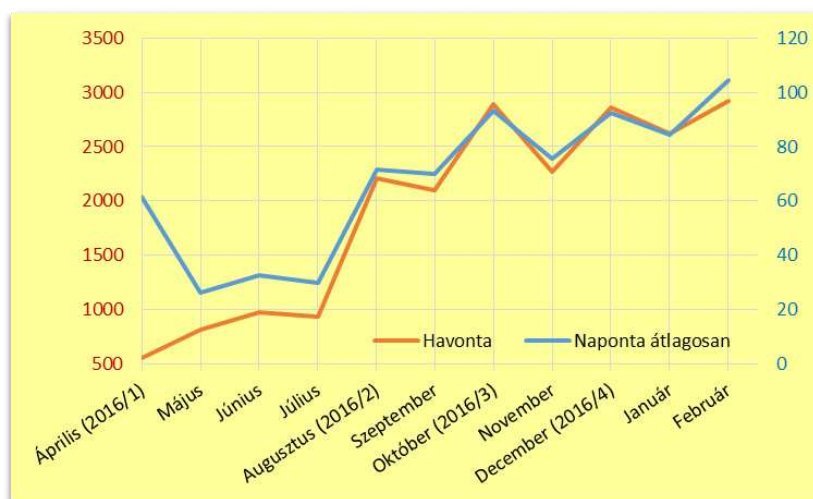
News from the editors

doi: 10.24365/ef.v58i1.147

- A lap 2016/1 számától kezdődően valamennyi cikk egyedi azonosítót, DOI-t (Digital Object Identifier), azaz digitális objektum azonosítót kapott. A nemzetközi tudományos médiában széles körben alkalmazott DOI az elektronikus dokumentumok azonosítását lehetővé tevő jelzés, amely a szakirodalmi adatbázisokban történő kereshetőséget és archiválást segíti. A DOI alkalmazása biztosítja, hogy a folyóirat cikkei az MTA Könyvtár és Információs Központ archívumában is elérhetővé váljanak.
- A folyóirat régebbi, nyomtatott lapszámait elektronikusan is elérhetővé váltak a 2007/5-6. számától kezdődően az Archívum menüpont alatt. Egy-egy lapszám tartalomjegyzéke egyetlen kattintással megnyitható, és a teljes lapszám is megtekinthető vagy letölthető.
- Az Egészségfejlesztés szerkesztősége együttmű-

ködést kezdeményezett az Új Diéta (Magyar Dietikusok Országos Szövetsége) és a Védőnő (Magyar Védőnők Egyesülete) folyóiratok szerkesztőségével. A kezdeményezés nyomán az érintett szerkesztőségek kölcsönösen felhívják olvasóik figyelmét egymás folyóirataira, és az azokkal kapcsolatos legfrissebb fejleményekre.

- Az alábbi grafikonon nyomon követhető, hogy az elektronikus megjelenés bevezetése óta hogyan alakult az Egészségfejlesztés folyóirat honlapját felkeresők száma. (Az ábrán csak a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetten kívüli számítógépekről történt felkeresések számát tüntettük fel, hogy a szerkesztési munka okozta forgalmat kizárjuk.) A folyóirat olvasottságának folyamatos növekedése visszaigazolja a lap szerkesztőinek törekvését, hogy a szakmai kommunikáció erősítésével hozzájáruljon az egészségfejlesztés hazai színvonalának emeléséhez.



- Az Egészségfejlesztés folyóirat olvasottságának növekedése egyértelműen a lapban megjelenő cikkek szakmai értékének tulajdonítható. A szerkesztőség ezúton is köszönetet mond a lap valamennyi szerzőjének, hogy munkájukkal hozzájár-

rultak a folyóirat szakmai színvonalának emeléséhez. Az alábbi táblázat az öt leggyakrabban megtekintett összefoglalót, valamint a legtöbb-ször megnyitott teljes közleményt mutatja be.

<i>Megtekintések száma</i>	<i>Közlemény címe</i>	<i>Lapszám</i>	<i>Szerzők</i>
ÖSSZEFOGLALÓ			
249	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	2016. 57. évf. 1. szám	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J
198	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	2016. 57. évf. 1. szám	Varsányi P, Tóth G, Balku E, Vitrai J
187	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés	2016. 57. évf. 2. szám	Balku E, Vitrai J
154	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	2016. 57. évf. 3. szám	Koltai J, Kun E
143	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés	2016. 57. évf. 3. szám	Zsíros E, Balku E, Vitrai J
TELJES KÖZLEMÉNY			
204	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés	2016. 57. évf. 2. szám	Balku E, Vitrai J
175	Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás	2016. 57. évf. 3. szám	Scheiber D, Katonáné Pehr E, Bíróiné Asbóth K, Tománé Mészáros A, Várnai D, Kovács Zs, Mészner Zs
170	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	2016. 57. évf. 3. szám	Koltai J, Kun E
146	A kortársbántalmazás (<i>bullying</i>) mint népegészségügyi probléma	2016. 57. évf. 4. szám	Várnai D, Zsíros E, Németh Á
144	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 – rövid ismertetés	2016. 57. évf. 2. szám	Fekete K, Henter I

A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és érték közvetítés a középiskolás korosztályban

Regular breakfast as a knowledge and habit forming among students in secondary education

Szerzők: Lelovics Zsuzsanna ✉

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Neveléstudományi Doktori Iskola

Beküldve: 2017.02.14.

doi: 10.24365/ef.v58i1.140

Összefoglaló: Az ezredfordulón a magyar tanulók körében a reggelit otthon nem fogyasztók aránya 23%-a volt, míg kifejezetten a középiskolás korosztályban a diákok 62%-a reggelizett. A 2016-ban végzett Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (*Health Behaviour in School-aged Children – HBSC*) felmérés során kapott eredmények szerint a hétköznapokon soha nem reggeliző fiúk aránya a 9. évfolyamon 32%, a 11. évfolyamon 37%, míg a lányoké a 9. évfolyamon 39%, a 11. évfolyamon 41% volt. Szerző célul tűzte ki a középiskolások körében a reggelizés mint táplálkozási szokás rendszeresebbé tételére irányuló törekvés eredményességének mérését, ennek érdekében a táplálkozási szokások nyomon követését, továbbá az általa vezetett beavatkozás hatékonyságának megállapítását.

Módszertan: A tíz tanórából álló oktatási folyamatban (1, illetve 2 tanév) egészséges, ismert táplálékallergiában nem szenvedő, önkéntes részvételű 9. és 10. évfolyamos (14,5–16,5 éves) tanulók ($n = 364$; 181 fiú /50%/ és 183 lány /50%/) vettek részt. További két tanévben nyomonkövetés történt. Az adatfelvétel táplálkozási kérdőív és a táplálkozási napló párhuzamos kitöltésén, az értékelés az elemzéseken túl azok összevetésén is alapult.

Eredmények: A középiskolás korosztály szinte kivétel nélkül (99%) tisztában volt a reggeli jelentőségével az oktatás végére (kezdetekor: 85%). Az ismeretek szokásrendszerbe történő beépítése azonban ettől az aránytól nagymértékben elmaradt: 48%-ról – az oktatás végére (átmenetileg) 72%-ra – a kutatás végére pedig 59%-ra nőtt a rendszeresen reggeliző diákok aránya. A korábban rendszeresen reggelit nem fogyasztó diákok 21%-a vált rendszeres reggelizővé.

Következtetések: A kutatás elején és a kutatás végén sem volt szignifikáns kapcsolat ($\chi^2 = 0,6100$ és $\chi^2 = 2,7712$; $p > 0,05$) a tudás és a szokás között a rendszeres reggelizés vonatkozásában.

Összegzés: A diákok egészséges táplálkozásra nevelése során nagyon fontos behatárolni azt az információtartalmat, ami szükséges és elégséges az egészséges táplálkozáshoz. A rendszeres reggelizés fontossága egyértelműen ilyen ismeret. A szokások kialakítása, és a szokások megváltoztatása nem tekinthető azonos nevelési feladatnak. A rögzült szokások megváltoztatása nehezebb, hosszabb időt igénylő feladat.

Kulcsszavak: táplálkozáspedagógia, reggelizés, szokáskialakítás, középiskolások

Summary: Introduction: Around the Millennium the ratio of Hungarian students who did not have breakfast was 23%, while 62% of the students in secondary education had breakfast. In 2016, the result of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study showed that the ratio of the boys in the 9th grade who are not having breakfast during weekdays was 32%, and 37% in the 11th grade, while it was 39% and 41% respectively among the girls. The author aimed to measure

the success of the efforts put in to make regular breakfast consuming as a habit, and in order to do this, following the diet habits as well as judging the effectiveness of the launched intervention.

Methods: Healthy, self-volunteered students, without known food allergy, from the 9th and 10th grade (14.5-16.5ys, n=364; 181 boys /50%/ and 183 girls /50%/), participated in the 10 lectures' tuition programme (1 or 2 academic years). The follow-up was carried out in the next two academic years. The data collection was based on diet questionnaires, diet diaries, and the evaluation was based on the analysis and comparison of the data set.

Results: Students from the secondary educational age group was almost entirely (99%) aware of the importance of breakfast by the end of the study course (85% at the beginning). On the other hand turning the knowledge into habit was lagging behind, the ratio of the students having regular breakfast increased from 48% to 59% by the end of the research (with a temporary increase by the end of the tuition to 72%). 21% of those students who did not have regular breakfast earlier, became regular breakfast consumers.

Conclusions: At the beginning and by the end of the research there was no significant correlation between knowledge and habit ($\chi^2=0.6100$, $\chi^2=2.7712$; $p>0.05$) concerning regular breakfast.

Summary: During the healthy diet education of students it is inevitable to define the information content that is necessary and sufficient for healthy diet. Regular breakfast is definitely such knowledge. Forming habits and changing habits are not the same educational tasks. Changing frozen habits is more difficult and requires a longer period of time to achieve.

Keywords: food pedagogy, regular breakfast, habit forming, secondary education

BEVEZETÉS

A kiegyensúlyozott, rendszeres táplálkozás része a reggeli. Az étkezések kihagyása az iskolai teljesítmény és az egészség szempontjából egyaránt kedvezőtlen. Elsősorban a reggelit kihagyó tanulókat teszi fáradékonyabbá és akadályozza meg az éhség, az energia- és tápanyaghiány a koncentrációban és a tanulásban. A kiegyensúlyozott reggeli hozzájárul az egészséges testtömeg megőrzéséhez: a nem reggeliző gyermekek, hajlamosabbak lesznek a hízásra.¹

John Locke angol filozófus és orvos 1693-ban megjelent, *Some thoughts concerning Education* c. művében a betegségeket javarészt annak tulajdonította Angliában, hogy „nagyon sok húst eszünk és nagyon kevés kenyeret”, s korának korszerű reggelijét akként javasolta, hogy „a gyermeknek legegészségesebb tápláléka tej, tejeles, árpakása, zabdara, főzelékek, s legajánlatosabb reggelije a jól megdagasztott és jól kisütött, vajjal megkent fekete kenyér”, vagy amikor arra int, hogy „a gyümölcsöt, melyet a gyermeknek adunk, meg kell válogatni, s hogy nyalánkságokra egyáltalán ne kapassuk”.² Az elmúlt több mint háromszáz évben nem csak a reggeli élelmiszerei, ételei változtak nagymértékben,

de annak körülményeire vonatkozó olyan – az idejünkben korszerűnek számító – javaslatok is, mint például „Az étkezés ideje ne legyen minden nap szombat.” Fináczy Ernő ugyanis úgy fogalmazott, hogy „Az ésszerű diétetika alapjait a gyermeknevelésre való vonatkozásában Locke az orvos rakta le.”³

Hazánkban 1986-ig kellett várni az első országosan reprezentatív, serdülők körében végzett táplálkozási felmérésre. 1986–1997 között a magyar tanulók táplálkozási szokásainak egyes trendjei kedvező, mások azonban kedvezőtlen irányba mozdultak el. Ez utóbbiak közé tartozott, hogy nőtt a reggelit otthon nem fogyasztó tanulók aránya (23%).⁴

A „Fodor József” Országos Közegészségügyi Központ Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézete (OKK-OÉTI) Táplálkozás-egészségügyi Főosztály munkatársai által 1997-től 2000-ig végzett első, reprezentatív komplex táplálkozás-egészségügyi felmérés eredményei 6347 középiskolás diák (életkor: 15–18 év) szokásain alapulnak.⁵ A felmérésben részt vevőkre jellemző volt a rendszertelen étkezés. A helytelen táplálkozási ritmus inkább a lányokat jellemezte: a fiúk 65,6%-a; a lányok 58,6%-a reggelizett naponta (össességében a diákok 62,0%-a).⁶

Németh Ágnes 2006-ban serdülőkorúak táplálkozási szokásait vizsgálta az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC), egy több mint három évtizedes múltra visszatekintő nemzetközi kutatás keretében.⁷ A kutatás első hivatkozott időszakában a három célcsoport a 11, a 13 és a 15 éves korosztály volt, valamint hazánkban a 17 évesek is. A 2815 fiú és 2635 lány (összesen 5450 tanuló) adatai alapján megállapítható, hogy a tanulók csaknem egyharmada a tanítási napokon sohasem reggelizett, míg a tanulók 53%-a jelölte meg, hogy hetente legalább négyszer reggelizett hétköznapokon. A fiúk és a fiatalabbak kedvezőbb képet mutattak, mint a lányok és az idősebbek.

A hétköznapokon soha nem reggeliző fiúk aránya a 9. évfolyamon 32%, a 11. évfolyamon 37%, a lányoké a 9. évfolyamon 39%, a 11. évfolyamon 41%. Nem hagyható szó nélkül az a tény, hogy a 7. és a 9. évfolyamosok között e tekintetben nagy a különbség (a hétköznapokon soha nem reggeliző 7. osztályos fiúk aránya 23%, a lányoké 35%).⁸

Ugyanezen kutatásnak legutóbbi, 2014. évi felmérése 2739 (9. és 11. évfolyamos) tanuló adatait elemzi.⁹ A 9. évfolyamon a fiúk 48%-a; a lányok 35%-a; a 11. évfolyamon a fiúk szintén 48%-a, a lányok 41%-a reggelizett minden nap. Vizsgálták külön a hétvégén – mindkét nap – reggelizőket. A 9. évfolyamon a fiúk 76%-a; a lányok 71%-a; a 11. évfolyamon a fiúk 73%-a; a lányok 66%-a reggelizett szombatonként és vasárnaponként.⁹

A nemzetközi szakirodalomban csak elvétve található olyan – validált eszközzel végzett adatfelvétel (pl. táplálkozási napló, étel-miszer-fogyasztási gyakoriság kérdőív) alapján készült – tanulmány, amely 15–18 éves fiatalok komplex táplálkozás-egészségügyi állapotának vizsgálati eredményeit ismerteti.¹⁰ A kizárólag önkitöltős kérdőíves eszközzel történt adatgyűjtésből származó adatok ugyanis nem tekinthetők a táplálkozási vizsgálatok esetében hitelesnek.¹¹

Célul tűztem ki a középiskolások körében a reggelizés mint táplálkozási szokás rendszeresebbé tételére irányuló törekvés eredményességének mérését, ennek érdekében a táplálkozási szokások nyomon követését, továbbá az általam vezetett beavatkozás hatékonyságának megállapítását.

MÓDSZERTAN

A bonyolult, soktényezős pedagógiai jelenségek világában gyakori kíváncsi, hogy tudományos igénnyel vizsgáljunk meg egy általunk hasznosnak tartott vagy/és vélt beavatkozás (intervenció) hatásait. Természetes és alapvető törekvés, hogy a tervezett és a terv szerint kivitelezett pedagógiai kutatás változást idézzon elő egy vagy több tényezőnél.¹² A beavatkozás – mely egyszerre volt oktatási-nevelési tevékenység és kutatási módszer – során a táplálkozási szokások tényezőit szerettem volna befolyásolni a foglalkozások ismeretén keresztül. Kontrollcsoport helyett a két, különböző oktatási folyamatban részt vevő diákok eredményeit hasonlítottam össze, ahol a pedagógusnak nem volt nagy szerepe az egyes osztályoknál, tekintettel arra, hogy ugyanaz a pedagógus működött közre – Lucia Masson és Luisa Scrivani kutatásához hasonlóan.¹³

A kutatást négy különböző középfokú intézménytipusban végeztem. A középiskolások egészséges táplálkozásra nevelése és az azt kísérő kutatómunka bemutatkozással, a célok ismertetésével és a használni tervezett kérdőívek kipróbálásával kezdődött. Az ismertetést szolgáló szülői értekezleteket és a nyilatkozattételeket a – tapasztalatok alapján – módosított kérdőívek és – kvantitatív és kvalitatív jellemzők megállapítását lehetővé tévő validált – hétnapos táplálkozási napló kitöltése követte. Ezután tíz-tíz alkalommal interaktív tanóra keretében vettek részt a középiskolások az egészséges táplálkozással kapcsolatos foglalkozáson. Az adatfelvétel táplálkozási kérdőív és a táplálkozási napló párhuzamos kitöltésén, az értékelés az elemzéseken túl azok összevetésén is alapult. Az „A” oktatási folyamat résztvevőinek a második 1 × 5 órás foglalkozására egy év elteltével került sor: az első félévben elhangzott témakörök (az egyes témakörök információanyagának első egységét) fél év szünet követte, majd a következő tanév hasonló időszakában ugyanazok a témakörök ismétlődtek – eltérő tartalommal. A „B” oktatási folyamat szerint az öt téma feldolgozására két-két hónap, szintén havonta egy találkozás állt rendelkezésre. A középiskolások megközelítőleg fele-fele arányban vettek részt az „A” és a „B” oktatási folyamatban (49%, illetve 51%). A kutatás ütemezését az 1. ábra mutatja.

1. ábra: A kutatás ütemezése



Forrás: Szerző saját ábrája

A foglalkozásokon a vizsgálatban részt vevő diákok (teljes) osztályai részt vehettek, a vizsgálatba azonban csak egészséges, ismert táplálékallergiában nem szenvedő, önkéntes részvételű 9. és 10. évfolyamos (14,5–16,5 éves) tanulókat vontam be, a négy intézménytípusból, a nem szerint is törekedve az azonos gyakorisági eloszlásra.

A 400 középiskolás közreműködésével tervezett, nem reprezentatív, egyetlen lépésben végrehajtott csoportos mintavételű vizsgálatban a tanulók önkéntesen vettek részt. Részvételüket – következmények nélkül – bármikor megszakíthatták, azonban ez nem volt jellemző (2 tanuló, < 1%). További 27 tanuló (7%) lemorzsolódásának objektív okai voltak: iskolai lemorzsolódás, időközben diagnosztizált – táplálkozással összefüggő – betegségek, várandósság. Az egyszerű véletlen mintavétel alkalmazásával a részt vevő intézmények torzító hatása nem volt kiküszöbölhető.

Az eredmények 364 középiskolás (181 fiú /50%/ és 183 lány /50%/) részvételén alapulnak.

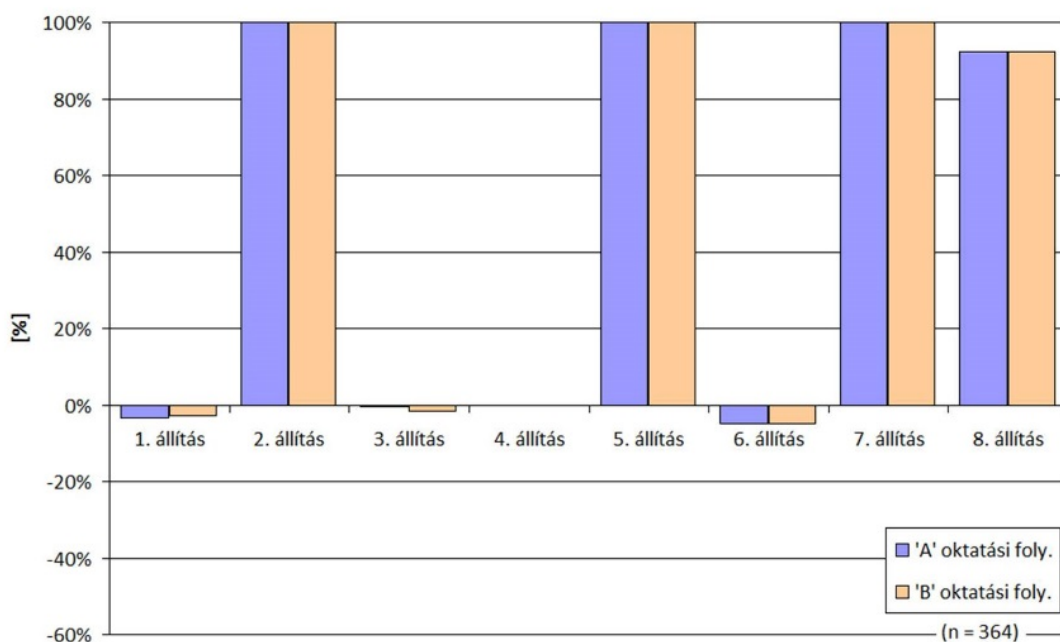
Az elektronikus feldolgozás IBM-kompatibilis személyi számítógépen történt Microsoft Excel és SPSS 22.0 statisztikai programcsomag segítségével. Az adatok elemzéséhez meghatároztam az egyes csoportok (alminták) gyakoriságát, átlagait, szórásait, minimum- és maximumértékeit, valamint az utób-

biak alapján variációterjedelmüket. Az adatelemzést a 95%-os konfidencia-intervallumok összehasonlításával, kétmintás t-próbával, a nominális változók összefüggés-vizsgálatát khi-négyzet-próbával végeztem el. A paramétereket nemcsak a teljes populációra, hanem nemenkénti bontásban (fiúk és lányok), valamint az „A” és „B” oktatási folyamatban részt vevők szerinti almintákban is vizsgáltam.

EREDMÉNYEK

A kérdőívben a „Miért fontos a rendszeres reggelizés?” kérdésre nyolc – négy igaz és négy hamis – állításból választhattak ki többet is a diákok. Tekintettel a reggeli fontosságára ebben a korosztályban (is), kizárólag a négy helyes és négy hibás válasz együttes eltalálását fogadtam el hibátlanak. A kapott eredményekből a kutatás elején (a foglalkozásokat megelőzően) is kiderült, hogy a középiskolások jól tájékozottak a reggelizés fontosságáról, ismereteik széles körűek. 155 fiú (86%) és 156 lány (85%), összesen 311 diák (85%) mind a nyolc állítást helyesen válaszolta meg. Az „A” és a „B” oktatási folyamatban résztvevők helyes/hibás válaszainak gyakorisága között nem volt különbség ($p > 0,05$). [2. ábra] (A diagramokon negatív irány jelöli a tévesen igaznak vélt hamis állítást.)

2. ábra: A reggelivel kapcsolatos állítások gyakorisága a kutatás elején az „A” és a „B” oktatási folyamatban (igaz: 2., 5., 7. és 8. állítás; hamis: 1., 3., 4. és 6. állítás)



Forrás: Szerző saját ábrája

Ábramagyarázat: A 4. hamis állítást minden megkérdezett diák helyesen tudta. A hamis állításokat (1., 3. és 6. állítás) hibásan tudók negatív előjellel szerepelnek az ábrán.

Mind a négy igaz állítást felismerte a diákok 92%-a, a fiúk 92%-a és a lányok 91%-a. Kivétel nélkül a négy hamis állítást a diákok szintén 92%-a (a fiúk és a lányok 92-92%-a) ismerte fel. A diákok a négy helyes állításból legalább hármat, míg a hibás állításokból legfeljebb kettőt tévesztettek. Az összes diák átlagát tekintve a helyes állításokkal elért eredmény 3,9 (\pm SD-érték 0,3), a hibás állítások átlaga $0,1 \pm 0,4$ volt.

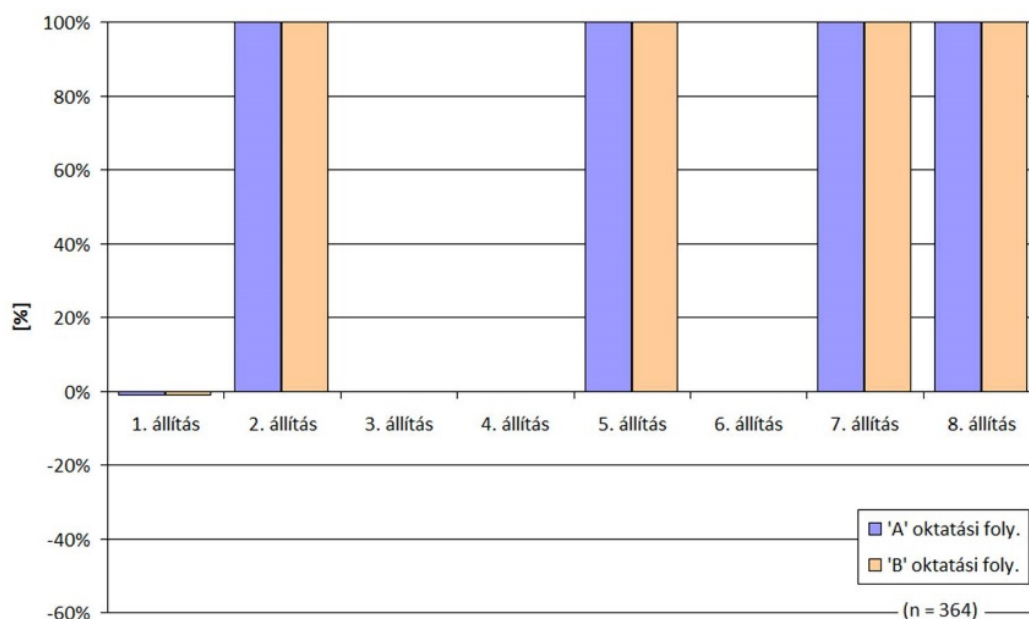
Az első, valamint a második év végén kitöltött kérdőívek alapján a diákok eredménye kismértékben javult, mely – az első év végétől – közelebb állt a harmadik év végi eredményhez, mint a foglalkozásokat megelőzőhöz. A hibás válaszok belső dinamikájából azt az óvatos megállapítást tehetjük, hogy az ilyen jellegű kérdésfeltevéssel (egy kérdésfeltevés kapcsán annak eldöntése, hogy több állítás igaz vagy hamis) kapott nagyobb hibalehetőség oka lehet a felületesség, kapkodás, „lezserség”.

A kutatás végén (3. év végén) minden fiú és minden

lány, összességében minden diák (100%) tisztában volt azzal, hogy a rendszeres reggelizés fontos, mert ellátja a testet a délelőtti fizikai és szellemi tevékenységekhez szükséges energiával, hozzájárul az egészséges testtömeg fenntartásához, segíti az agyi működést és a gondolkodást, valamint javítja a memóriát és fokozza a koncentrálóképeséget. Az „A” és a „B” oktatási folyamatban résztvevők helyes/hibás válaszainak gyakorisága között ekkor szintén nem volt különbség ($p > 0,05$). [3. ábra]

A négy hamis állításnál az elért átlagos összesített eredmény szerint a fiúk 99%-a, a lányok 98%-a (a diákok 99%-a) adott helyes választ. Két hibás állítást (a rendszeres reggelizés gátolja az agyi működést és a gondolkodást, illetve egész napos fizikai és szellemi tevékenységekhez szükséges energiával lát el) a diákok 100%-a helyesen ismerte fel. Három lány – tévesen – úgy vélte, hogy a rendszeres reggelizés hozzájárul a túlsúly kialakulásához (az energiaegyensúly fenntartásához járul hozzá, bár az is igaz, hogy nagymértékű energiabevitel esetén valóban túlsúlyt/elhízást okozhat, azonban a rendszeresség ez ellen hat), továbbá egy fiú vélte a foglalkozásokat követően is úgy, hogy a rendszeres reggelizés azért fontos, mert nagy cukortartalmú ételeket tartalmaz.

3. ábra: A reggelivel kapcsolatos állítások gyakorisága a kutatás végén az „A” és a „B” oktatási folyamatban (igaz: 2., 5., 7. és 8. állítás; hamis: 1., 3., 4. és 6. állítás)



Forrás: Szerző saját ábrája

Ábramagyarázat: A 3., 4. és 6. hamis állítást minden megkérdezett diák helyesen tudta. A hamis állítást hibásan tudók negatív előjellel szerepelnek az ábrán.

A foglalkozásokat megelőzően és a 3. év végén, a reggelivel kapcsolatos nyolc hibátlan állítással elért

eredményt összehasonlítva megállapítható, hogy a korábbi, nem teljesen hibátlan választ adó 53 tanuló közül 49 (14%) ért el hibátlan eredményt. [1. táblázat] Az eloszlások közötti különbség nem véletlen, a változást bizonyítja a szignifikáns kapcsolat ($\chi^2 = 23,732, p < 0,05$).

1. táblázat: A reggelivel kapcsolatos nyolc hibátlan állítás ismeretének kereszt táblája a kutatás elején és a végén

		Kutatás elején	
		Hibás 53 (15%)	Helyes 311 (85%)
Kutatás végén	Hibás 4 (1%)	4 (1%)	0 (0%)
	Hibátlan 360 (99%)	49 (14%)	311 (85%)

$\chi^2 = 23,732$. Az eredmény szignifikáns, $p < 0,05$.

Forrás: Szerző saját táblázata

Az „A” oktatási folyamatban részt vevők közül ötten több tanuló értékelhető eredményesebbnek tudása tekintetében a „B” oktatási folyamatban résztvevőkhöz képest, azonban ha a korábban hibás választ adókhöz viszonyítjuk (27/29, illetve 22/24), akkor ez a különbség eltűnik (93% vs. 92%). [2. táblázat]

A középiskolások táplálkozási szokásainak felméréséhez a táplálkozási naplók – mint dokumentumok – elemzésének eredményeit használtam fel. Rendszeresen reggelizik a diák, ha a hét minden napján fogyaszt reggelit.

2. táblázat: A reggelivel kapcsolatos hibátlan állítások ismerete változásának összehasonlítása a két oktatási folyamatban részt vevőknél

Állításeggyüttes (8 állítás)		Tanulók [n]	Értékelés	
Kutatás elején	Kutatás végén		'A' oktatási folyamat	'B' oktatási folyamat
Hibás	Hibás	4	2	2
Hibás	Hibátlan	49	27 +	22 +
Hibátlan	Hibás	0		
Hibátlan	Hibátlan	311	151	160
Összesen		364	27 +	22 +

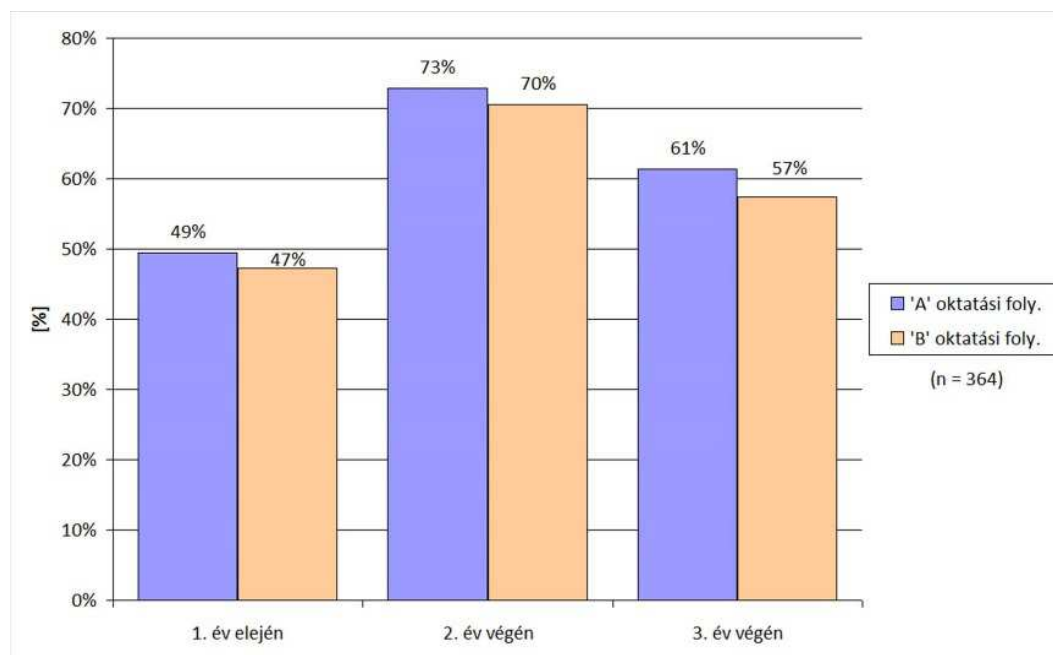
$\chi^2 = 0,0005$. Az eredmény nem szignifikáns, $p > 0,05$.
Forrás: Szerző saját táblázat

A kutatás elején a vizsgálatban részt vevő diákok 48%-a reggelizett rendszeresen: a fiúk között ez gyakoribb volt (52%), mint a lányok körében (44%). A két oktatási folyamatban („A” és a „B”) résztvevők rendszeres reggelizési gyakoriságában nem volt különbség (49 vs. 47%).

Ami azt a pozitív változást illeti, hogy a tanulók rendszeresen reggeliznek, a legjobb eredményt a 2. év

végére érték el. Ekkor a diákok 72%-a reggelizett rendszeresen, a fiúk továbbra is nagyobb arányban, mint a lányok (76 vs. 68%). A harmadik év végére mind a fiúk, mind a lányok körében csökkent a rendszeresen reggelizők aránya. Ekkor a diákok 59%-a (a fiúk 64%-a és a lányok 55%-a) reggelizett rendszeresen: a korábban reggelit nem rendszeresen fogyasztó diákok 21%-a vált rendszeres reggelizővé.

4. ábra: „A” és a „B” oktatási folyamatban a rendszeres reggelizők arányának változása a három év során



Forrás: Szerző saját táblázat

Az „A” és a „B” oktatási folyamatban résztvevők közül a rendszeres reggelizők arányának változását szemlélteti a 4. ábra. Az „A” oktatási folyamatban minden naplókítőtélkor nagyobb arányban voltak a rendszeresen reggeliző diákok (az 1. év elején természetesen a random választás miatt ennek nincs jelentősége), részben ez a különbség maradt meg az évek során, illetve elmondható, hogy míg az „A” oktatási folyamatban 22 tanuló szokott „vissza” a nem reggelizésre, addig a „B” oktatási folyamatban 25. A különbség egyik esetben sem szignifikáns. Megemlítendő, hogy mind az „A”, mind a „B” oktatási folyamatban egy-egy diák volt, aki a harmadik év végére vált rendszeres reggelizővé. További pozitívumként elmondható, hogy nem volt olyan diák, aki a három év alatt „leszokott” volna a rendszeres reggeliről. Az „A” oktatási folyamatban 47 tanulót (26%), a „B” oktatási folyamatban 54 tanulót (30%) nem sikerült olyan mértékben eredményesen megszólítani, hogy rendszeresen reggelizzen. (Ez a két arány szintén nem különbözik egymástól.)

Annak megállapításához, hogy az elsajátított ismeretanyag (tudás) milyen mértékben épült be a magatartásba (táplálkozási szokások), a rendszeres

reggelizés fontosságát, mint ismeretkérdést a rendszeres reggelizéssel, mint szokással hasonlítottam össze. A kereszt táblák minden összehasonlításnál négy csoportot eredményeznek:

- a hibás ismeret és a rossz szokás eredményezte, hogy nem jól tudta, és nem is (úgy) tett,
- a helyes ismeret ellenére a rossz szokás eredményezte, hogy jól tudta, de nem (úgy) tett,
- a hibás ismerettől „függetlenül” a jó szokás eredményezte, hogy nem jól tudta, mégis jól tett(e),
- a helyes ismeret mellett a jó szokás eredményezte, hogy jól tudta, és jól is tett(e), ez utóbbi eredményezi a tudatos táplálkozást (ez esetben a rendszeres reggelizésre vonatkozóan).

Sem a kutatás elején, sem annak végén nem volt szignifikáns kapcsolat a rendszeres reggelizés fontosságának ismerete és a rendszeres reggelizés szokása között. [3. és 4. táblázat] Az „A” oktatási folyamatban résztvevők eredményesebbnek bizonyultak a „B” oktatási folyamatban résztvevőknél (61% vs. 56%), de csak olyan kis mértékben, hogy az statisztikailag nem kimutatható. [5. és 6. táblázat]

3. táblázat: A rendszeres reggelizés fontossága és a táplálkozási napló szerinti szokás kereszt táblája a kutatás elején

		Ismeret	
		Hibás 53 (15%)	Helyes 311 (85%)
Szokás	Rossz szokás 188 (52%)	30 (9%)	158 (43%)
	Jó szokás 176 (48%)	23 (6%)	153 (42%)

$\chi^2 = 0,6100$. Az eredmény nem szignifikáns, $p > 0,05$.

Forrás: Szerző saját táblázata

4. táblázat: A rendszeres reggelizés fontossága és a táplálkozási napló szerinti szokás kereszt táblája a kutatás végén

		Ismeret	
		Hibás 4 (1%)	Helyes 360 (99%)
Szokás	Rossz szokás 148 (41%)	0 (0%)	148 (41%)
	Jó szokás 216 (59%)	4 (1%)	212 (58%)

$\chi^2 = 2,7712$. Az eredmény nem szignifikáns, $p > 0,05$.

Forrás: Szerző saját táblázata

5. táblázat: A rendszeres reggelizés fontossága és a táplálkozási napló szerinti szokás keresztábrája a kutatás végén az „A” oktatási folyamatban

		Ismeret	
		Hibás 2 (1%)	Helyes 178 (99%)
Szokás	Rossz szokás 69 (38%)	0 (0%)	69 (38%)
	Jó szokás 111 (62%)	2 (1%)	109 (61%)

$\chi^2 = 1,2572$. Az eredmény nem szignifikáns, $p > 0,05$.

Forrás: Szerző saját táblázata

6. táblázat: A táplálkozási ritmus ismeretének és a táplálkozási napló szerint követett keresztábrája a kutatás végén az „A” oktatási folyamatban

		Ismeret	
		Hibás 2 (1%)	Helyes 182 (99%)
Szokás	Rossz szokás 79 (43%)	0 (0%)	79 (43%)
	Jó szokás 105 (57%)	2 (1%)	103 (56%)

$\chi^2 = 1,5213$. Az eredmény nem szignifikáns, $p > 0,05$.

Forrás: Szerző saját táblázata

KÖVETKEZTETÉSEK

Az ismeretkérdésre adott válasz alapján megállapítható, hogy a foglalkozásokat megelőzően (is) jól tájékozott volt a középiskolás korosztály: a reggeli jelentőségének a diákok 85%-a volt tudatában. A kutatás végén a tanulók közül szinte mindenki tisztában volt a rendszeres reggelizés fontosságával (99%).

A rendszeres, egészséges táplálkozás témájú foglalkozások annak ellenére, hogy sem az összes diákra vonatkozóan (teljes minta), sem az oktatási folyamat szerinti diákcsoportokban (alminták) nem voltak képesek a szokásrendszerben átfogó változások indukálni, vannak részeredmények, amelyek pozitívak. Ilyen az a tény, hogy a foglalkozásokat megelőzően rendszeresen nem reggeliző (nem rendszeresen reggeliző) diákok 21%-a vált rendszeres reggelizővé.

A kutatásomban vizsgált kétféle ütemezés összehasonlítása nem eredményezett statisztikailag mérhető különbségeket: a lexikális tudás bővülését te-

kintve egyaránt eredményesnek bizonyultak, ezzel szemben a várt (remélt) szokásváltozások esetében az eredmények mindkét ütemezésben elmaradtak a részt vevő tanulóknál. Feltehetően egy szükséges ismeretanyagot átölelő és megfelelő intenzitású, bármilyen gyakoriságú foglalkozássorozattal érdemes a középiskolások felé fordulni az egészséges táplálkozás témakörében. A diákok befogadóak voltak, az ismereteik bővültek, a szokásaikat érintően pedig idővel – remélhetőleg – megteszik a szükséges változtatásokat.

A diákok egészséges táplálkozásra nevelése során nagyon fontos behatárolni azt az információtartalmat, ami szükséges és elégséges az egészséges táplálkozáshoz. A rendszeres reggelizés fontossága egyértelműen ilyen ismeret. Ráadásul a reggeli nem egy elvont fogalom (míg például az energiaegyensúly és a kalória nem kézzelfogható), hanem egy/több élelmiszer konkrét elfogyasztása, így számos lehetősége van az egészséges táplálkozásra nevelő szakembernek az illusztrálásra, példamutatóra, szituációs gyakorlatokra, játékos elemekkel és érzelmi ráhatással támogatott oktatási módszerek-

re, a tanult tapasztalatokkal és gyakorlattal való megtámogatására annak érdekében, hogy az ismeret gyakorlattá váljon.

A szokások kialakítása, és a szokások megváltoztatása nem tekinthető azonos nevelési feladatnak. A szokások kialakítása példaadással, gyakorlattal, következetességgel, követeléssel kisgyermekkorban kezdődik, az, hogy azok „jó” avagy „helytelenek/rosszak”, az elsősorban a családban gyakorolt magatartások, tevékenységek és értékrend függvénye. A rögzült szokások megváltoztatása nehezebb, hosszabb időt igénylő feladat. Ebbe a folyamatba kapcsolódik be az óvoda, az iskola, (a média), amikor a jó/helyes/értékes szokásokkal megismerteti a felnövekvőket, az ehhez szükséges ismereteket megtanítja, és igyekszik a megfelelő tevékenységek, magatartásformák gyakoroltatásával, a szükséges fel-

tételek megteremtésével elérni – jelen esetben – a helyes/egészséges táplálkozási szokások kialakítását. Ennek az életvitelbe, tevékenységekbe, magatartásba való beépülése attól is függ, hogy mennyire érték az egészség. Az iskolai nevelésben kiemelt fejlesztési terület – a minden műveltségi területbe beépülő – a testi és lelki egészségre nevelés, és ennek keretében az egészséges táplálkozási szokások kialakítása.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton is hálásan köszönöm témavezetőmnek, dr. Nádasi Mária professzor asszonynak, hogy tanítványai közé fogadott, valamint, hogy doktori tanulmányaim és kutatómunkám során mindvégig élvezhettem önzetlen támogatását.

¹ Megson M, Wing R, Leahey TM. Effects of breakfast eating and eating frequency on body mass index and weight loss outcomes in adults enrolled in an obesity treatment program. *J Behav Med* 2017;Jan 21. doi: 10.1007/s10865-017-9828-0.

² Locke J. Gondolatok a nevelésről. Katholikus Középiskolai Tanáregyesület, Budapest, 1914. Másodközlés. In Platóntól Steinerig. Egyetemes neveléstörténeti szöveggyűjtemény, Balázs S. (eds.) Eszterházy Károly Tanárképző Főiskola, Eger, 1999. pp 152–187.

³ Fináczy E. Az újkori nevelés története (1600–1800). Vezérfonal egyetemi előadásokhoz. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest, 1927.

⁴ Aszmann A. Magyar diákok egészségi állapota és az iskola. In Nevelési kézikönyv nem csak osztályfőnököknek, Szekszárdi J. (eds.) OKI – Dinasztia, Budapest, 2001. pp 49–71.

⁵ Antal M, Nagy K, Biró L et. Hazai reprezentatív felmérés a középiskolás fiatalok táplálkozási és életmódbeli szokásairól. *Orv Hetilap* 2003;144(33):1631–6.

⁶ Greiner E. Táplálkozási szokások – a reprezentatív táplálkozás-egészségügyi szűrővizsgálat eredményeinek értékelése. *Pediáter* 2001;10(3): 176–7.

⁷ Németh Á. Serdülőkorúak táplálkozási szokásai, testképe és szubjektív jólléte. *Új Diéta* 2007;14(3–4):2–4.

⁸ Németh Á. Táplálkozási szokások és fogápolás. In Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, Németh Á. (eds.) OGYEI, Budapest, 2007. pp. 60–66.

⁹ Németh Á. Táplálkozási szokások és fogápolás. In Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés, Németh Á, Költő A. (eds.). NEFI, Budapest, 2016.

¹⁰ Antal M.: Táplálkozás-egészségügyi szűrővizsgálatok az irodalom tükrében – a reprezentatív szűrővizsgálat előkészítése, szervezése. *Pediáter* 2001;10(3):175–6.

¹¹ Lelovics Zs. Táplálkozási és tápláltsági állapotot vizsgáló módszerek. KE – PE – SZGI, Kaposvár – Veszprém – Szeged, 2015.

¹² Csíkos Cs. Pedagógiai kísérletek kutatómódszertana. Gondolat, Budapest, 2012.

¹³ Mason L, Scivani L. Enhancing Students' Mathematical Beliefs: an intervention study. *Learning and Instruction* 2004;14(2):153–76.

Óvodáskori szájapolás - egy mikro kutatás tükrében

Oral hygiene in kindergarten age in the light of a micro research

Szerzők: Baloghné Dr. Bakk Adrienn✉, Ponty Erika
Soproni Egyetem Benedek Elek Pedagógia Kar

Beküldve: 2017.02.08.

doi: 10.24365/ef.v58i1.139

Összefoglaló: Napjainkban vitatéma a megfelelő szájapolás, és ez így van a nevelési intézményekben, az óvodákban is. Kutatásunkban az óvodás korú gyermekek szájapolásával foglalkoztunk. Úgy gondoltuk, hogy szükséges e témában kutatásokat végezni, egy objektív helyzetet felvázolni, mivel az óvodai szakmai gyakorlatokon tapasztaltak szerint Magyarországon az óvodákban nagyon csekély szerepet játszik a személyi higiénia e formája. A 'United States Surgeon General' 2009-es tanulmánya szerint a fogszuvasodás a leggyakoribb krónikus gyermekkori betegség az 5-17 évesek között, ami azt jelenti, hogy ötször gyakoribb, mint az asztma és hétszer gyakoribb, mint a szénanátha.¹ Írásunkban röviden említést teszünk a kisgyermekek fogzatának lehangoló állapotáról és gyakori betegségeiről. Bemutatjuk felmérésünk eredményeit, melyeket két megyében (Győr-Moson-Sopron és Vas) véletlenszerűen kiválasztott óvodákban dolgozó óvodapedagógusokkal készítettük (N=78). Összegezve megállapítottuk, hogy a vizsgált magyar óvodák többségében bár van fogmosás, de annak nem minden esetben tudnak megfelelő körülményeket biztosítani az intézmények. A fogmosás minőségi és elméleti szinten háttérbe szorul a nevelési programban, nagyon keveset foglalkoznak az óvodapedagógusok a szájapolás témakörével. A kutatás során felmerült a kérdés, elegendő figyelmet szentel-e az állam a prevenciós fogászatra a magyar óvodás gyermekek körében.

Kulcsszavak: óvodai nevelés, egészségmagatartás, higiénia, szájapolás, fogmosás

Summary: Nowadays, proper oral hygiene is a frequently debated topic in educational institutions and in kindergartens too. In our research we focused on the oral hygiene of children at kindergarten age. It was considered necessary to make researches on this topic and to draw an objective picture of the situation, as according to our experience this form of personal hygiene plays a minor role in Hungarian kindergartens. According to the study of the 'United States Surgeon General' (2009), dental caries is the most common chronic disease of children aged 5-17 years meaning that it is five times more common than asthma and seven times more common than hay fever. In our research we briefly mention the devastating conditions of small children's teeth and their frequent diseases. We present our survey that was made with kindergarten teachers (N78) working in randomly chosen kindergartens of our two counties (Gyor-Moson-Sopron county and Vas county). We concluded that although there is tooth brushing in most of the researched Hungarian kindergartens, the institutions cannot provide appropriate conditions to that. Quality and theoretical activities of tooth brushing are neglected and in educational programmes kindergarten teachers deal very little with the topic of oral hygiene. However, it was also found that the government does not pay enough attention to preventive dental care among Hungarian children of kindergarten age.

Keywords: kindergarten education, health behaviour, personal hygiene, oral hygiene, tooth brushing

BEVEZETÉS

Magyarországon minden harmadik óvodás korú gyermeknek fogszuvasodása van, és a KSH adatai alapján a gyermekek 30%-a szenved fogeroziótól elsősorban a cukorral teli üdítőitalok miatt.² Ennek ellenére az elmúlt évtizedekben egyre kevesebb szakirodalmi cikk jelent meg e témakörben hazánkban. Mikro kutatásunkban arra kerestük a választ, melyek a szájápoláshoz kapcsolódó leggyakoribb hiányosságok, s ezek milyen szinten érintik az általunk kiválasztott óvodás korú korosztályt. Emellett említést teszünk a helyes fogmosási szokásokról, a fogápolás szempontjából fontos tápanyagban gazdag táplálkozásról, a fluorid jelentőségéről, illetve veszélyeiről.

A szájápoláson belül az egyik leglényegesebb részterület a fogmosás. A helyes fogápolást is meg kell tanulni és el kell sajátítani. Alaplépései, hogy a korosztálynak megfelelő fogkefét benedvesítjük, a kefefejre fogkrémet nyomunk (az 5-7 év alatti gyerekeknek az európai országok többségében kifejlesztették a fluoridcsökkentett fogkrémeket, melyek fluorid tartalma 250-750 ppm- re¹ szorult vissza), majd a felső és alsó fogsor külső és belső felszínét körkörös mozdulatokkal tisztára mossuk.³ Ezután a fogak hossz tengelyével párhuzamosan végzünk körkörös mozdulatokat a fogak felszínén. Különösen ügyelni kell a rágófogak felszínének kitisztítására, ugyanis az arra a nap folyamán lerakódott ételmaradékok később komoly problémákat tudnak okozni. A hatásos fogmosáshoz legalább három perc szükséges, ami a száj tiszta vízzel való kiöblítésével zárul.

A fogmosás rendszerességét minél korábban el kell sajátíttatni a gyerekekkel, akik tanulási módszere a modellkövetés, tehát a felnőtt tevékenységeit, szokásait fogják leutánozni és átvenni.⁴ Ezért is kiemelkedő a szülő, és az óvodapedagógus felelősségtudatos és példamutató magatartása, ezáltal a helyes szájhigiéniai szokások megszilárdítása a gyermekekben. Mindaddig figyelemmel kell kísérni a gyermek fogmosását, míg az automatikus cselekvéssé nem válik az életében. Fontos a meghatározott napirend, tehát az otthoni minimum kétszeri fogmosás elsajátítása: reggel és este. Az óvodában a neve-

lési program egyszeri fogmosást javasol, amit a gyermekek ebéd után, a pihenő idő előtt végeznek el. Ha ezt a napi rutint megtartják, az az óvodásoknak biztonságot nyújt, és egyben a szokást is hamarabb elsajátítják.

A megfelelő táplálkozás is kiemelt fontosságú a szájápolás terén. A fogfejlődés szempontjából az egyik legfontosabb tápanyag a fluorid. A fluorid szerves vegyületként ételek formájában, és szervetlen vegyületként csapvíz formájában kerül a szervezetbe. Elengedhetetlen a csontok, valamint a fogazat, a fogzománc egészséges fejlődéséhez. A fluoridot rendszeresen pótolni kell a szervezetben, azonban sok vita folyik arról, hogy vajon a csapvíz megfelelő-e erre a célra. Egyes szakemberek azt állítják, hogy a vízben oldódó szervetlen fluorid káros és mérgező hatású, amely főleg a bélflórát károsítja, mivel felborítja annak egyensúlyát, s ezzel súlyos szövődeményeket okoz.⁵ Ezért javasolt a fluorid pótlás a gyermekek szervezetében, főként természetes ásványvíz, és fluorid tartalmú élelmiszerek segítségével, mint például a különböző zöldségek, gyümölcsök vagy a szardínia. Másik elengedhetetlenül szükséges tápanyag a fogak egészséges fejlődéséhez a kalcium. Egy 3-8 éves kor közötti gyermeknek napi 1000 mg kalciumot kellene bevinni a szervezetbe.^{4(3.o.)} A legnagyobb kalciumforrás a joghurt, a kefir, az edami sajt, a mák, a brokkoli, a szárazbab és az olajos halak, valamint az olajos magvak, mint például a mandula, a napraforgómag, a tökmag és a dió.

Fontos megemlíteni még a szájlóra jelentőségét is, amelyről magyar biológusok is kimutatták, hogy az hatással van az egész szervezet egészségére, és kiemelt szerepe van az érszűkület kialakulásában is.⁶ Az egészséges, megfelelő szájlóra felborulásában nagy szerepet játszanak az anaerob baktériumok és azon belül kiemelten a treponema. Ennek a fajnak a kizorításával már visszaszoríthatóak az anaerob baktériumok, melyek keringési-, szív-, és érrendszeri betegségeket, gyomorbetegségeket okozhatnak. Szomorú, de ez a baktériumfaj már az óvodás korú gyermekek szájában is megtalálható. Azonban, ha ezeket még ideje korán csökkentik, kiirtják, akkor sok fájdalmat meg lehet előzni, és sok fogat meg le-

¹ A ppm a „part per million” rövidítése, ami a milligramm mennyiségét egy kilogramm fogkrémekben jelenti.

het menteni.⁷ Mindez elkerülhető, ha évente fogorvosi vizsgálaton veszünk részt, függetlenül a panaszok meglététől vagy hiányától. Ma már elérhető, illetve kérhető a szájfőra vizsgálata is, amely egy egyszerű és rutinszerű ultramikroszkópos vizsgálat, illetve beavatkozás.

MÓDSZERTAN

Kutatásunk kiindulási alapját az óvodai gyakorlatok során szerzett negatív tapasztalatok adták. Az óvodapedagógusok gyakran elmennek a fent említett probléma mellett, és sokan nincsenek tisztában azal, hogyan végezzék megfelelően a szájhigiénéval, fogápolással kapcsolatos feladatokat. Ez alapján az alábbi kérdésekre kerestük a válaszokat:

- Az óvodapedagógusok mennyire vannak tisztában a szájjápolás fontosságával?
- Hogyan valósítják meg a szájjápolást az óvodákban és a napi rutin során?
- Hogyan jelenik meg a nevelési programokban a szájjápolás a gyermekek számára?
- Hogyan valósítják meg a szájjápolást a gyakorlati kivitelezés során?
- Milyen tárgyi feltételei vannak az adott nevelési intézményeknek a megfelelő szájjápolás megvalósításához?
- Jelen van-e a szakember (fogorvos) segítsége, jelenléte?
- Milyen rendszerességgel végeznek a fogorvosok szűrést a nevelési intézményekben?

A pedagógiai kutatási módszerek közül a szóbeli és az írásbeli kikérdezést választottuk, mivel ez alkalmas egyének, csoportok együttes ismereteinek, véleményeinek, élményeinek, életmódjának a felderítésére. A válaszok alapján megkísérelhetjük a kérdéseink közötti összefüggések feltárását, hipotéziseink igazolását.⁸ A minta kiválasztása véletlenszerű volt, azon óvodák közül, ahol gyakorlatokon részt vettünk.

EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA

Minta

Elsőként zárt- és nyitott kérdéseket tartalmazó kér-

dőívet állítottunk össze (1. melléklet), melyet Győr-Moson-Sopron és Vas megyében véletlenszerűen kiválasztott óvodákban dolgozó óvodapedagógusokkal töltöttünk ki (N=78). Így kaptunk válaszokat Sopronból, Balról, Fertőszéplakról, Fertődről, Ágfalváról, Győrből, Győrszentivánról, Győrújbarátról, Nyúlról, Pannonhalmáról, Gönyűről, Répcelakról, Sárvárról, Szentgotthádról, Szombathelyről, Celldömökről és Gersekarátról. A vizsgálatban résztvevő óvodákba megközelítőleg 1000 gyermek járt. E mellett strukturált interjút készítettünk két fogszakorvossal, hogy a kérdőívben szereplő egyes problémákat megerősítsük és kiegészítsük.

A kérdőív válaszai alapján az óvodapedagógusoknak majdnem a fele (49%) már több mint húsz éve van a pályán, tehát feltételezzük, sok szakmai tapasztalattal rendelkeznek. A fennmaradók 13%-a 10-15 éve, míg 8%-a 15-20 éve dolgozik a hivatásában. A válaszadók 20%-a maximum öt éve van a pályán, így feltételezzük, hogy nem is lehet még sok szakmai tapasztalatuk. Az óvónők 70%-a vegyes szervezésű csoportban (3-7 éves korosztályú gyermekek egy csoportban), 30%-a tiszta csoportban (azonos életkorú gyermekek egy csoportban) végzi mindennapi munkáját. Kutatásunkban a manapság oly sok ember véleményét megosztó vegyes csoport a gyakoribb, amely sok előnye mellett, a differenciálás nehézségeit is magában hordozza a nevelési feladatok szinte minden területén, így a szájjápolás esetében is.

A kérdőívet kitöltő óvónők többsége (44%) kisvárosban tevékenykedik, 38%-a megyeszékhelyű városban, és csak 18%-a faluban. Kutatásunk során az ország gazdaságilag talán két legfejlettebb megyéjét vizsgáltuk. A tapasztalt állapotok és körülmények a budapesti helyzethez hasonlíthatóak. Ahogy ezekből a térségekből keletre távolodunk, úgy romlik a fogorvosi ellátás lehetősége, a nevelési intézményben végzett prevenciós programok, illetve a fogorvoshoz való fordulások száma is. Nemzetközi tanulmányok is alátámasztják, hogy a fogápolás mértéke, az arra szánt figyelem és az anyagi lehetőségek társadalmi csoportonként eltérőek.⁹ Az alacsonyabb társadalmi-, és gazdasági rétegből származó emberek egy szegényes táplálkozási, életmódbeli életet élnek. A két fogszakorvossal végzett interjúnk során is megerősítést nyert, hogy a szájbetegségek és fog-

betegségek előfordulása, illetve a szájjápolás fontossága főleg az intelligenciával és az iskolázottsággal köthető össze. Véleményünk szerint, a szegényebb régiókban az emberek anyagilag sem engedhetik/engedik meg maguknak a fogorvosi ellátást, illetve esetlegesen nem is gondolják, hogy fogászati ellenőrzésre, illetve ellátásra szorulnak az alacsony informálódási, vagy iskolázottsági szintjük miatt.

Fogápolással kapcsolatos kutatási eredmények

Bánóczy Jolán tanulmányaiban leszögezi, minimum három percig kell tartania egy fogmosásnak ahhoz, hogy a legjobb eredményt érjük el.⁴ Ez alapján elmondhatjuk, hogy bár 40%-a az általunk vizsgált óvodáknak megtartja az elvárt fogmosási időintervallumot, azonban az intézmények nagy részében, ahol két percig mosnak fogat a gyermekek, nem hagynak elegendő időt az eredményes és megfelelő fogápolásra. Azt is megállapítottuk, az óvodapedagógusok időérzéke szubjektív, a mosdókban nincs objektív időmérő eszköz, mely pontosná tenné a szájjápolás idejét.

A szakirodalom szerint a fogkefét három havonta minden esetben cserélni kell, de ha a gyermek megfázásban, influenzában, vagy egyéb bakteriális fertőzésben szenvedett, akkor azután is feltétlenül új fogkefét kell használni, nem elegendő csupán fertőtleníteni a régit.⁴ A kapott válaszok azt mutatják, az óvodapedagógusoknak mindösszesen 30%-a váltja három havonta a fogkeféket az óvodai mosdókban. Legtöbbször - a megkérdezett óvodapedagógusok - 38%-a akkor cseréli csak le a fogkeféket, amikor úgy látják, hogy azok már elhasználódtak, tehát állításuk szerint szükség szerint. A megkérdezettek 18%-a havonta, 14%-a kéthavonta készíti be új fogkeféket az óvodákban. A szakmai gyakorlaton szerzett tapasztalaink is azt mutatják, hogy nagyon sok esetben a pedagógusok egészen addig használtatják a gyerekekkel a fogkeféket, amíg azoknak sörtéi teljesen szét nem állnak. Ez egészségügyi szempontból abszolút nem megfelelő megoldás, ugyanis a fogkeféken hosszabb idő eltelte alatt nyál, ételmaradékok, baktériumok, rászáradt fogkrém és esetlegesen vér is „tanyázhat”, ami további betegségeket, illetve fertőzéseket idézhet elő. Mivel ezek szabad szemmel nem láthatóak, nem lehet addig várni a fogkefe cseréjével, míg azok sörtéi teljesen össze nem gyűrődnek. Bizonyos fertőtlenítési szokások is

elterjedtek, mint a fogkefék szájvízben vagy egyéb fertőtlenítőszerben való áztatása, a mikrohullámú sütőben való melegítése, mosogatógépben való mosása, illetve ultrabolya fényt kibocsátó eszközökkel való kezelése. A felsorolt módszereknek a hatékonysága a mai napig nem bizonyított, sőt a fertőtlenítőszerben vagy szájvízben való áztatás a baktériumok továbbterjedését idézheti elő, ezért ezek az eljárások semmi esetben sem javasoltak.

A Népjóléti Minisztériumi Rendelet szerint az önkormányzatnak biztosítani kell az adott település nevelési intézményei (óvodák) számára a fogorvosi ellátást.¹⁰ A rendelet kimondja, hogy minimum egy évben egyszer feltétlenül le kell szűrni a gyerekek fogzatának állapotát, s erről a nevelési intézménybe lépés első napjától kezdve dokumentumot kell vezetni. A rászoruló gyerekek számára pedig ingyenes ellátást kell biztosítani. A fogorvosi ellátás preventív és terápiás jellegű lehet. Kutatásunk eredményeiből mi azonban azt látjuk, hogy csak az óvodák 42%-ában látja évente fogorvos a gyerekek fogzatát. Sajnos 28%-ban csupán egyetlen egyszer megy fogorvos a gyermekhez a három éves óvodás időszak alatt! Még meglepőbb, hogy több óvodapedagógus is állítja (24%), ők még nem láttak fogorvost óvodás csoportjuknál. Ezek alapján felmerül a kérdés, hogy az önkormányzat nem veszi kellően figyelembe a kormányrendeletet, vagy nem tud anyagi háttérrel biztosítani, vagy az óvoda nem képes intézkedni fogászati ellátás ügyében?

Az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága 2011. júniusi ülésén Dr. Szőke Judit több probléma okát abban látta, hogy a jelenleg is hatályban lévő Népjóléti Minisztérium (NM) által kiadott rendelet elavult, és nincs összhangban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozási rendszerével. Beszédében a gyermekfogászatot jól kiépített rendszernek, hosszú ideje működő hálózatnak tartja, ami sajnos mára már romló tendenciát mutat.¹¹ Felhívta a figyelmét a WHO 2020-as tervének azon pontjára, hogy a magyar hat évesek 80%-nak ép fogazata kell, hogy legyen, ami ma sajnos jelen helyzetben nagyon nehezen elérhető.

Felmérésünkben arra is rákérdeztünk, hogy milyen szinten állnak rendelkezésre a fogmosáshoz

szükséges eszközök az óvodai mosdókban. Azaz van-e alkalmas hely a fogkefe, fogmosó pohár, fogkrém, törölköző tárolására, van-e elegendő mosdótál és tükör az ebéd utáni óvodai fogmosáshoz. Egy ötös skálán kellett a feltételeket bejelölni, az egyes szám jelentette azt, hogy nincs, míg az ötös skála a megfelelő minősítést. Egyes és kettes értéket alig adtak a válaszadók, inkább a hármas és a négyes osztályzás volt a gyakori. A kettes értéket vizsgálva, a legtöbb probléma a mosdótálakkal, illetve a tükörrel van. Az óvónők minden esetben hangsúlyozzák, nem tudnak egy 20-30 fős csoporttal fogat mosni, három-négy mosdótálnál. Sok időt vesz igénybe, hogy megosszák a csoportot, ki, mikor megy fogat mosni, és a csoportszobában maradók addig mit csináljanak. Ehhez egy óvodapedagógus semmiképpen sem elég. Viszont a dajka és a délelőtti óvónő általában a fogmosás ideje alatt rendezi át a szobát, szellőztet ki, osztja el az ágyakat. Tehát ahhoz, hogy minőségileg elfogadható fogmosást tudjanak a gyerekekkel végezteni, több mosdótálra és tükörrre, illetve minimum még egy felnőttre lenne szükség. A legjobb értékelést a törölközők tárolására alkalmas hely kapta. Talán ez az az eszköz, aminek a legegyszerűbb a higiénikus elhelyezése, nem úgy, mint a fogkeféé, a fogmosó poharé és fogkrémé. Bár az eredmények azt mutatják, hogy megfelelő a fogkefe, a fogmosó pohár és a fogkrém tárolására szánt hely, azonban a megkérdezettek szerint ezek nem minden esetben higiénikusak. A poharak sokszor egymásba vannak rakva, miközben még ki sem száradtak, és a következő fogmosásnál újra kiosztják azokat a gyermekek között. Ebben az esetben nagy valószínűséggel fenn áll a lehetősége annak, hogy baktériumok telepedjenek meg a poharakon. A fogkefék helyzete szintén rémisztő, ugyanis több esetben azokat egymás mellé helyezve tárolják, kiszáratlan állapotban.

ÖSSZEGZÉS

Elmondhatjuk, hogy a vizsgált óvodák többségében a mindennapi szájápolás nem megfelelő körülmények között zajlik. Vizsgálatunk során bizonyítást nyert, hogy hiába javasol az óvoda egyénileg kidolgozott Helyi Pedagógiai Programja napi egyszeri fogmosást az óvodában, az nem minden esetben történik meg megfelelő minőségben, valamint nincsenek biztosítva a feltételek. A fogmosáshoz szükséges időintervallumot sem minden esetben tartják be, az óvodapedagógusok nem ellenőrzik, sok esetben nem asszisztálják a gyermekek fogmosását, a fogkefék cseréjének szabályait sem pontosan ismerik, illetve saját szempontok szerint végzik. A fenntartók a nevelési intézményekben nem szentelnek elég figyelmet a prevenció fogászati programoknak, nem jár rendszeresen fogorvos az óvodai csoportokba. Fontos lenne olyan szemléletet kialakítani, tudatosítani, hogy mi felnőttek, szakemberek is felelősek vagyunk a mai fiatal generáció fejlődéséért, tanulásáért. Kötelességünk a gyermekek egészségtudatos magatartásának és felfogásának formálása. Számos egészségmagatartás, mint a személyes higiénia, és azon belül a szájápolás is, a korai gyermekkori mintákhoz kötődik, ezért már óvodás életkorban kiemelkedő szerepet kell, hogy kapjon az intézményi nevelési programokban. Mindenképpen fontos a gyermekek szájhigiénijával foglalkozni, ugyanis ez alapozza meg a felnőtt kor fogazatának az állapotát is. Véleményünk szerint több állami ráfordítással, nagyobb, szélesebb körű pedagógusi szakértelemmel, és érdeklődéssel javítható lenne a mai helyzet. Végül egy üzenet lehet a különböző szakterületeken dolgozó egészségfejlesztési szakemberek számára, hogy a szájápolás higiénijával kapcsolatos ismereteket mélyrehatóbban szükséges ismerni és továbbadni, hogy azt hatásosabban alkalmazzák a pedagógusok az intézményes nevelés valamennyi területén.

¹ Garcia-Godoy Franklin, A. Bagramian Robert, R. Volpe Anthony. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. American Journal of Dentistry, 2009 Vol.21. No.1. 2.

² Czétényi Rita: Egyre gyakoribb a fogerozió. Semmelweis Egyetem Konzerváló Fogászati Klinika. Budapest, 2014 <http://semmelweis.hu/mediasarok/?s=foger%C3%B3zi%C3%B3&w=mediasarok&cat=5> (Elérve: 2016.11.12.)

- ³ Massachusetts Department of Public Health Office of Oral Health, Growing Healthy Smiles In the Child Care Setting: Implementing a Toothbrushing Program to Promote Oral Health and Prevent Tooth Decay. 250 Washington Street Boston, MA 02108, 2009 www.mass.gov/dph/oralhealth (Elérve: 2016.11.04.)
- ⁴ Bánóczy Jolán. Fogunk védelmében, 1996 SubRosa Kiadó. Budapest. 4-45
- ⁵ Limeback, Hardy. Why I am now officially opposed to adding fluoride to drinking water. Canadian Association for Dental Research. Fluoride Action Network, 2002 www.fluoridealert.org/opposed-water-fluoridation.aspx (Elérve: 2016.07.29.)
- ⁶ Horváth I., Tihanyi I.: Száj mikróbák vizsgálatának jelentősége. Interlab Orvosi - Kémiai és Diagnosztikai Laboratórium. Budapest, 2012.
- ⁷ Bajáky András: A szájflóra. Komplementer Medicina: az integratív medicina szakmai továbbképző folyóirata. 2000, 4. évf. 4. szám 21-23.
- ⁸ Falus Iván. Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe. 2004 Műszaki Könyvkiadó, Budapest. 171-211
- ⁹ www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/gdpter/gdpter11.pdf (Elérve: 2016.12.29.)
- ¹⁰ 26/1997. (IX.3.) Népjóléti Minisztériumi Rendelet https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700026.nm (Elérve: 2016.12.29)
- ¹¹ Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága Ellenőrző Albizottsága. Jegyzőkönyv a 2011. június 8-án, szerdán, 11 óra 5 perccor a Képviselői Irodaház V. emelet 567. számú tanácstermében megtartott üléséről. EL-4/2011. (EL-4/2010-2014.)

Az egészségügyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei

Problems in reducing health inequalities

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.02.07.
doi: 10.24365/ef.v58i1.138

Absztrakt: A cikk definiálja és különbséget tesz az elkerülhető egészségügyenlőtlenségek, és az igazságtalan és megelőzhető egészségügyi méltánytalanságok között, ismerteti az egészségügyenlőtlenségek főbb dimenzióit, amelyek mentén az egyenlőtlenségeket vizsgálni szokták a világ teljes népességén át, országok vagy államok, földrajzi különbségek, társadalmilag releváns csoportok, mint faj, nemzetiség, nem, képzettség, jövedelem, foglalkozás és egyébek alapján. Az írás különböző elméleteket mutat be, amelyek megkísérlik, hogy magyarázatot adjanak egyrészt az egészség csoport szintű eltéréseire, másrészt a szocioökonómiai egyenlőtlenségek tartós fennmaradására még a fejlett nyugat-európai jóléti államokban is.

Kulcsszavak: egészségügyenlőtlenségek, egészségügyi méltánytalanságok

Abstract: This article defines and distinguishes between unavoidable health inequalities and unjust and preventable health inequities. It describes the dimensions along which health inequalities are commonly examined, including across the global population, between countries or states, and within geographies, by socially relevant groupings such as race/ethnicity, gender, education, income, occupation, and more. We show different theories attempt to explain group-level differences in health and the persistence of socioeconomic inequalities in health even in the highly developed „welfare state” of Western Europe.

Keywords: health inequalities, health inequities

AZ EGÉSZSÉGÜGYENLŐTLENSÉGEK JELENTŐSÉGE

Nemzetközi fórumokon az utóbbi években ismét fokozott figyelem irányul az egészségügyenlőtlenségek felé. A növekvő figyelem egyfajta szemléletváltozásnak köszönhető, ugyanis a gazdasági növekedés és az egészség közötti kapcsolat egyre nyilvánvalóbbá vált. Elemzések bizonyították, hogy az 1980-as és 1990-es években végbement gazdasági fellendülés nem vezetett a jólét általános növekedéséhez, ám a társadalmi egyenlőtlenségekben jelentős különbségek keletkeztek. A kialakuló társa-

dalmi polarizáció, dezintegráció, politikai szélsőségek erősödése nemcsak az egyének jólétét, biztonságát, közérzetét veszélyeztetik, hanem a hosszú távú gazdasági fejlődést is. A demográfiai változások, a gazdaságilag aktív népesség arányának csökkenése is aláhúzza a gazdasági változás emberi tényezőinek fontosságát. Elismerést nyert az az álláspont, hogy az egészségi állapot az egyének teljesítményére, ezáltal a gazdasági növekedésre is hatást gyakorol.¹

A nagy egészségügyenlőtlenségek súlyosan veszélyeztetik az adott ország gazdasági teljesítményét,

hosszú távú fejlődését, ezért ezeknek az egyenlőtlenségeknek a csökkentése alapvető fontosságú a társadalmak számára.

Jelen cikkben, a nemrégiben megjelent releváns tanulmányok alapján próbálom összefoglalni az egészségügyenlőtlenségekkel kapcsolatos metodológiai, elméleti aspektusokat, igyekszem kísérletet tenni az alapvető fogalmak tisztázására és a legfontosabb elméletek bemutatására, ezzel is elősegítve a téma további kutatását.^{2,3}

Az egészségügyenlőtlenségek sokféle értelmezése és megnevezése használatos, főként amiatt, hogy különböző tudományágak képviselői eltérő megközelítéssel vizsgálják a jelenséget. Az angol és amerikai szakirodalomban legtöbbször *health variation*, *health disparity*, *health diversity* kifejezéssel jelölik az egyes társadalmi csoportok egészsége között megfigyelhető különbségeket. Az ilyen eltéréseket egészségkülönbségeknek nevezzük. E fogalom szakszerű meghatározása tehát: egyes társadalmi, demográfia vagy földrajzi lakosságcsoportok egészségében jelentkező egy vagy több szisztematikus különbség, amelyek egy része biológiai okokra, mint például a női és férfi hormonális rendszer eltéréseire vezethetőek vissza. Az egészségkülönbség szemléltetésére jó példa a nők és férfiak várható élettartama között tapasztalt eltérés.

Azokat az egészségkülönbségeket, amelyek megelőzhetőek és szükségtelenek, megfelelő eszközök alkalmazásával elkerülhetőek, illetve egy adott társadalomban igazságtalannak tartanak angol szakkifejezéssel *health inequity*nek nevezzük. Fordítására a méltánytalanság, az igazságtalanság, egészségben megnyilvánuló esélyegyenlőtlenség elnevezések használatosak.

Az egészségügyenlőtlenségek fogalmát (*health inequalities*) így definiálja a fenti hivatkozott tanulmány: minden egyének vagy csoportok között egészségben megnyilvánuló valamilyen mutatóval mérhető egyenlőtlenség.

A fő különbség a két meghatározás között, hogy az utóbbi mennyiségi egyenlőtlenségre utal, míg az első morális ítéletet is tartalmaz, hogy az egyenlőtlenség erkölcsileg rossz.

Az egyenlőtlenségek megléte nem csak morális kérdés, hiszen jelentős gazdasági hatásuk is van. 2003 és 2006 között a faji vagy etnikai alapú egészségügyenlőtlenségeknek közvetlen gazdasági költségeit

az USA-ban 230 milliárd dollárra becsülték. Kutatások szerint az egészségügyenlőtlenségek hátrányosan befolyásolják a dolgozók termelékenységét.

AZ EGYENLŐTLENSÉGEK OPERACIONALIZÁLÁSA

Csoport és egyén

Két fő megközelítési mód létezik az egyenlőtlenségek vizsgálatára: a népességen belüli, illetve a népességek közötti összehasonlítás. Általában az egészségi állapot eltéréseinek kutatása csoportok összehasonlításával történik.

A WHO a csoport szintű egészségügyenlőtlenségek vizsgálatában a releváns társadalmi csoportokat definiálja, amelyeket az angol PROGRESS betűszóval szokás összefoglalni: *Place of residence, Race/ethnicity, Occupation, Gender, Religion, Education, Socioeconomic status, and Social capital/resources*, azaz lakóhely, etnikum, foglalkozás, nem, vallás, iskolázottság, társadalmi-gazdasági helyzet, társadalmi tőke.

Az alternatív megközelítési mód az egyéni különbségekre fókuszál, leírva a terjedelmet vagy a szórást egy adott mutató esetében a teljes populációban. Ez a módszer eltekint a csoportképzéstől egyetlen eloszlásba vonva össze a minta tagjait. A kutatók a globális jövedelmi egyenlőtlenségek vizsgálatakor használják ezt a módszert, hogy például kiemeljék a szegények relatíve jó vagyoni helyzetét a gazdag országokban, a szegény országokban élő jómódúakhoz képest.

Az átgondolt csoportképzés alapvető fontosságú az egyenlőtlenségek vizsgálatakor. Vagy azt gondoljuk, hogy az egészségi állapot függ a társadalmi erőforrások bizonyos szintjétől, vagy azt feltételezzük, hogy a társadalmi különbségek inkább dózis és reakció alapúak. A társadalmi lejtő az egészségben ott létezik, ahol a társadalmi erőforrások növekvő mennyisége, mint az oktatás vagy jövedelem összhangban vannak a jobb egészség szintjével, egyfajta dózis és reakció kapcsolatként.

A kapcsolat az oktatás és az egészség között olyan, hogy a magas és alacsony oktatási szint esetén is, a további oktatásban eltöltött évek, összhangban vannak az elért jobb egészséggel. Amennyiben a társadalmi lejtő helyett az egészségnek inkább küszöbhatása van, az figyelhető meg, ha valaki nem vesz részt a középfokú vagy magasabb szintű képzésben

az rosszabb egészséggel jár, de az oktatás és az egészség nem kapcsolódott azoknál, akik befejezték a középfokú- vagy annál magasabb iskolát. Például ezen küszöbhatás szerint nem várjuk, hogy az egyetemi diplomával rendelkezők egészségesebbek, mint a főiskolai végzettséggel rendelkezők.

Brit köztisztviselők 1967-ben kezdődött követéses vizsgálata, a Whitehall kutatás eredményei azt mutatták, hogy a hivatali ranglétrán elfoglalt pozíció fordított összefüggésben volt a halandósággal és számos krónikus betegséggel.⁴

Abszolút vagy relatív egyenlőtlenség

Az abszolút szegénységi mérőszámok közé tartozik a létminimum tételes meghatározásának módszere, nevezetesen azon javak és szolgáltatások számbavétele, amelyek a létfenntartáshoz szükségesek. A fogyasztói kosárral meghatározott szegénységi mérőszám szerint a társadalomban azok az egyének, illetve családok tekinthetők szegénynek, akiknek a jövedelme nem teszi lehetővé a létminimumként elismert szükségletek kielégítését. Ez a küszöb országonként, évenként, háztartás mérettől függően változhat.

A relatív szegénység a jövedelem eloszlása alapján kerül meghatározásra egy adott népességben belül. Az abszolút szegénységi megközelítések folyamatosan háttérbe szorultak, és helyüket a relatív típusú szegénységmérés módszerek vették át. Ezen mérési módszerek közé tartoznak a szegénységi mérők (szegénységi ráta, szegénységi rés, szegénységi rés aránya) és egyenlőtlenségi mutatók (Robin Hood-index, a Gini-mutató, Sen-index). A relatív szegénységi mérőszámok közül a legegyszerűbbek a szegénységi ráták arra adnak választ, hogy az össznépséggnek mekkora hányada, hány százaléka esik a szegénységi küszöbérték alá.

Például, aki kevesebbet keres, mint az egy főre eső jövedelem 30%-a az szegénynek tekinthető, ami azt sugallja, hogy a szegénységi küszöb változik, ahogy az átlagos jövedelem növekszik.

Bizonyos lakossági felmérések esetén a megkérdezett háztartások maguk is nyilatkoznak arról, mekkora összeget tartanak szükségesnek egy, az övékével azonos összetételű háztartás „nagyon szűkös megélhetéséhez”. E szubjektív összegek egy főre vagy egy fogyasztási egységre jutó súlyozott átlaga

alapján definiálható a szubjektív szegénység.

Földrajzi egyenlőtlenségek

A földrajzi elhelyezkedés fontos szerepet tölt be az egészségi állapot alakulásában. A térbeli és a helyi különbségtétel segít annak a jobb megértésében, a földrajzi tényezők hogyan befolyásolhatják az egészséget, mint a távolság vagy közelség, az egészség kockázati és támogató tényezőinek a térbeli eloszlása, amelyek az egyén pontos pozíciójától függenek. A levegő szennyezettség, amely súlyosbítja az asztmás tüneteket, lehet példa térbeli rizikó tényezőre. A hulladéklerakó közelsége, az egészségügyi ellátó helyek távolsága, a földrajzilag meghatározott rizikó- és támogató hatásokra példák. Ezzel ellentétben a hely a tagságra utal politikai, vagy adminisztratív egységekben, mint egy iskolai körzet, városok vagy államok. Számos kormányzat folytat olyan programokat, szakpolitikákat, amelyek befolyásolják az egészséget, mint például az adópolitika. Ilyen esetekben a hatás nem a lakó földrajzi helyzetétől függ, hanem inkább az adott politikai vagy adminisztratív egységben betöltött tagsági viszonyától.

Az egyenlőtlenségek megértése: ok-okozati hatások

Amikor a kapcsolatot vizsgáljuk két változó között, mondjuk a foglalkozás és a vérnyomás között, gyakran egyértelművé válik, hogy egy harmadik változót is figyelembe kell venni. Ebben az esetben a jövedelem lesz, amely kapcsolatot teremt a két változó között. A munkahely meghatározhatja a jövedelmet, amely pedig hat a vérnyomásra akár úgy, hogy a személy vehet egészségesebb élelmiszert, vagy jobb ellátáshoz juthat. Ha ez így van, amikor be kívánunk avatkozni a vérnyomáscsökkentés érdekében, akkor elégséges készpénzbeli transzfereket alkalmazni a vérnyomás normalizálására, és a munkafeltételeket nem szükséges megváltoztatni. Azonban, ha a jövedelem növelése ellenére úgy találjuk, hogy a vérnyomás továbbra sem kívánatos mértékű, akkor a foglalkozás egyéb módon is hat, magyarán a jövedelem csak részben magyarázza a foglalkozás és vérnyomás kapcsolatát. A kutatókat további vizsgálatokra ösztönzi, hogy a munkahelyi stressz vagy egyéb munkahelyi feltételek miként befolyásolják az egészséget.

Az egyéni választás

A szelekció egy újabb alapvető része az egészség-egyenlőtlenségek megértésének. A szelekció arra a tényre utal, hogy az emberek hajlamosak magukat elhelyezni lakóhely, és egyéb társadalmi csoportok alapján. Például azok, akik értéknek tekintik a fizikai aktivitást valószínűbb, hogy gyaloglásra alkalmas területre költöznek, míg az ülő életmódot folytatók lehetséges, hogy az autós közlekedéstől jobban függő elővárosba keresnek lakhelyet. A rendelkezésre álló adatok alapján, ha a lakókörnyezet milyensége hatást gyakorol a fizikai aktivitás szintjére, feltehetjük a kérdést, hogy a megfigyelt összefüggés mennyire oksági kapcsolatokra utal, illetve mennyire a lakókörnyezettel összefüggő önszelekció. A szelekció esetenként magyarázatul szolgál oktatási, foglalkoztatási és gyakran faji, nemzetiségi különbségekre az egészségben. Például egyesek érvelhetnek amellett, hogy a SES (*socioeconomic status*, szocioökonómiai státusz) és az egészség közötti összefüggés a szelekció eredménye, azt állítva, hogy a genetikailag magasabb rendű egyének valószínűleg jobb egészségűek és nagyobb az IQ-juk, így magyarázva, hogy a magasabb iskolai végzettséggel és magasabb jövedelemmel rendelkezők általában egészségesebbek. Az oksági kapcsolatok feltárását célzó kutatások általában elvetik ezt a fajta magyarázatot, az azonban biztos, hogy a foglalkoztatás, a jövedelem, a diszkrimináció és a deprivált lakókörnyezet jelentős hatást gyakorol az egészségre.

A kontextuális és kompozit hatások

Amikor a szelekció a földrajzi egészség-egyenlőtlenségek forrása, a kutatók általában igyekeznek elkülöníteni a kontextuális és kompozit hatásokat. A kontextuális hatások utalhatnak a lakókörnyezet vagy egyéb nagyobb egységek hatására, míg a kompozit hatásokon egyszerűen a lakó- vagy egyéb környezeti jellemzőket értjük, olyan különbségeket, amelyek egy adott egység társadalmi összetételéből származó hatása révén befolyásolják az egészség-egyenlőtlenségeket.

Iskolai osztályok, iskolák, államok, kórházak egyéb intézményi egységek gyakorolhatnak kontextuális hatást, de ide sorolhatjuk a szakpolitikákat, infrastrukturális forrásokat, intervenciókat is.

Kompozit és kontextuális hatások közti különbségtétel kiemelt fontosságú az oksági következtetések szempontjából. Ha tudjuk, hogy az egyenlőtlenségek léteznek kontextustól függetlenül, az még nem mond semmit arról, hogy miért léteznek: A szegény lakókörnyezet növeli a megbetegedések kockázatát? Azután hogy figyelembe vettük az egyéni szint rizikó tényezőit, még vannak eltérések az egészségi állapotban a szegény és jómódú lakókörnyezet között? Továbbá a lakókörnyezet depriváltságának ugyanaz a hatása minden társadalmi csoportra, vagy vannak sajátos kockázatok? A koncentrált szegénységnek és egyéb más kontextuális jellemzőnek lehet, nem csak a közösség általános egészségére van hatása, hanem a társadalmi csoportok közötti egészség-egyenlőtlenségekre is.

Kompozit hatás gyakorolhat, ha egy új ellátó központ építése a környéken élő nagyszámú krónikus beteget magához vonzza.

ÉLETÚT MEGKÖZELÍTÉS

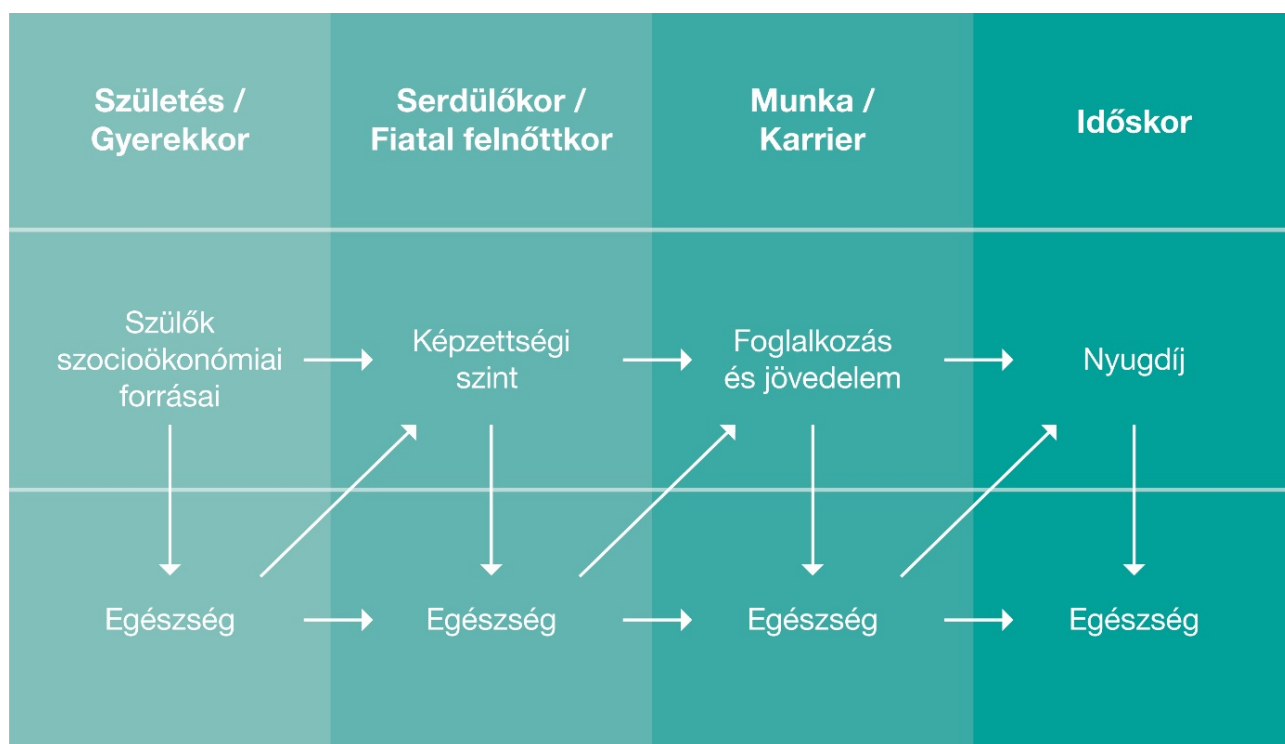
A korai életkor és a magzati körülmények hatással lehetnek a későbbi egészségre a további életúttól függetlenül, így létrehozva az egészség-egyenlőtlenségeket. Vannak különösen kritikus és érzékeny fejlődési szakaszok, amelyek döntően befolyásolják az egészséget, és amelyeknek hatása nem visszafordítható. Például a serdülőkori egészségtelen táplálkozás a csonttömeg fejlődésének időszakában, az egyén számára növeli a csonttörés kockázatát a későbbi életszakaszokban. A korai életkorban kialakult szokások hatást gyakorolhatnak az egészséggel kapcsolatos választásokra. A nem megfelelő fizikai aktivitás a gyermekkorban befolyásolhatja a felnőttkori testedzési szokásokat.

Amikor a társadalmi mobilitás szintje alacsony és a társadalmilag marginalizálódott csoportoknak korlátozott lehetőségeik vannak a lakóhelyük megválasztására, az életkezdet különösen erőteljes a későbbi egészség-egyenlőtlenségek magyarázatában. Például azokban a társadalmakban, ahol küzdenek a szegénység nemzedékek közötti átörökítésével, vagy a marginális csoportok lakóhelyi elkülönülése történelmileg megfigyelhető, valószínű, hogy a személyek jelenleg fennálló társadalmi egészségkockázatai korábbi társadalmi meghatározottságra vezethetők vissza.

A kutatóknak tisztában kell lenni vele, hogy a hosszán tartó kitettség, még akkor is, ha távolinak tűnik, mint a szülő foglalkozása, vagy a gyermekkori lakókörnyék, hasznos magyarázó tényezője lehet az egészségi állapotnak. A longitudinális és trend ada-

tok szintén fontosak az okozati összefüggések megértésében az egészség és a társadalmi környezet között. Az életút megközelítés vázlata az 1. ábrán látható.

1. ábra: Az életút megközelítés



Forrás: MC Arcaya et al.²

MAGYARÁZATOK AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGEKRE

A magyarázatok egyik csoportja az anyagi tényezőkre hívja fel a figyelmet az egészségyenlőtlenségek keletkezésében. Az anyagi tényezők magukba foglalják többek közt a táplálékot, a lakhatást, a szennyezettséget és egyéb fizikai kockázatokat, amelyek az egészségi állapotot befolyásolják. Az abszolút források mérőeszközei, például az abszolút jövedelem, hasznosak lehetnek az anyagi depriváció szerepének megállapításában.

A magyarázatok második csoportja a pszichoszociális tényezők szerepére mutat rá. Ide tartozhatnak a társadalmi kirekesztettség, a diszkri-

mináció, a stressz, az alacsony társadalmi támogatottság és egyéb társadalmi negatív tapasztalatokra adott pszichológiai reakciók. A negatív pszichológiai állapot hatással van a fizikai egészségre a biológiai stresszválasz aktiválásával, amely például magas vérnyomást okozhat.

A magatartásbeli eltérések szintén gyakran idézett tényezők, amelyek hozzájárulnak az egészségyenlőtlenségekhez. Például a magatartáshoz kapcsolódó magyarázatok az egészségyenlőtlenségeket a táplálkozásbeli különbségeknek, a dohányzás gyakoriságának vagy a rákszűrésen való részvételnek, a társadalom különböző csoportjaiban való eltérésének tulajdoníthatják. Míg az egészségmagatartás gyakran eltérő a csoportok között, az ökoszociális és

szocioökológiai koncepciók arra ösztönzik a szakembereket, hogy feltegyék a kérdést, milyen tényezők okozzák ezeket a különbségeket. Abban az esetben, ha például a dohányzásban található különbségek az egyenlőtlen oktatási lehetőségekből, a pszichoszociális rizikó tényezők méltánytalan eloszlásából, a célzott marketingből adódnak, az egészség egyenlőtlenségeket az egészségmagatartásra visszavezetni korlátozott haszonnal jár.

A negyedik típusa a magyarázatoknak a biológiailag meghatározott egészség rizikófaktorok, amelyek, eltérőek a társadalmi csoportokban vagy különböznek az egyénekben, a népességben. A biomedikális magyarázatoknak megvan az a gyengesége, ahogy az egészségmagatartásból levezetett társadalmi egyenlőtlenségeknek az egészség esetében, hogy nem ad választ arra, hogy a biológiai kockázatok miért eltérőek a teljes populációban.

Az a paradox helyzet állt elő, hogy a szocioökonómiai eredetű egészség egyenlőtlenségek még a legfejlettebb nyugat-európai jóléti államokban is fennmaradtak a jóléti államok kiépülése során, bizonyos mértékig tovább szélesedtek, és nem csökkentek a bőkezű jóléti intézkedések ellenére sem.

Mackenbach tanulmánya a halandósági adatok elemzéséből kiindulva próbálja áttekinteni az egészség egyenlőtlenség fennmaradását magyarázó elméleteket, és kísérletet tesz ezek szintézisére. Az alábbiakban e cikk főbb megállapításait mutatom be.

- A jóléti államoknak nem sikerült az egyenlőtlenségek kiküszöbölése az anyagi és nem anyagi forrásokhoz való hozzáférésben, amelyek még mindig jelentősek.
- A generációk közötti fokozottabb mobilitás miatt az alacsony szocioökonómiai státuszú csoportok homogénebbeké váltak a rossz egészséggel összefüggő személyes jellemzők tekintetében.
- A jelenlegi epidemiológiai helyzetben, a fogyasztáscentrikus magatartás a rossz egészségi állapot legfontosabb meghatározójává vált, az immateriális javakhoz való hozzáférés a magasabb társadalmi státusz révén nagyobb előnyökkel jár.

Bizonyítékok állnak rendelkezésre arról, hogy a jó-

léti állam sikerrel járult hozzá az egyenlőtlenségek csökkentéséhez a jövedelem, a lakhatás, az egészségügyi ellátás és egyéb társadalmi és gazdasági területen, ennek ellenére az egyenlőtlenségek kiküszöbölése nem valósult meg. Hosszú távú idősoros adatok az egészség egyenlőtlenségekről nem állnak rendelkezésre, de angol adatok az sugallják, hogy a halandóságban megnyilvánuló egyenlőtlenségek 1950-ig szűkültek, majd utána szélesedtek. Ha az 1920-1980 közötti időszakot vesszük, amikor az európai jóléti államok kiépültek, a csökkenés tendenciája a halandóságban csak a korai szakaszban érvényesült. A halandóságban megfigyelhető egyenlőtlenségek a 21. században tovább folytatódtak minden olyan országban, ahonnan elérhetőek adatok. Az elmúlt 3-4 évtizedben az egyenlőtlenségek növekedtek a halandóság tekintetében relatív, esetenként abszolút értelemben számos nyugat-európai országban. Ez a változás már jóval a jóléti intézkedések kilencvenes években való „visszavágása” előtt megkezdődött.

A paradox helyzet még zavarba ejtőbbé válik a kapcsolat hiánya, a kiterjedt vagy intenzív jóléti intézkedések, illetve az általuk elért hatás között az egészség egyenlőtlenségek szempontjából. Összehasonlító tanulmányok szerint a szocioökonómiai egyenlőtlenségek a mortalitásban és a morbiditás nem kisebbek azokban az országokban, ahol relatíve univerzális és bőkezű jóléti politikát folytattak, például a skandináv országokban, azokhoz a dél-európai országok képest, ahol sokkal inkább a család volt a jóléti állam egysége, illetve Nagy-Britanniához képest, ahol jóval liberálisabb megközelítés érvényesült.

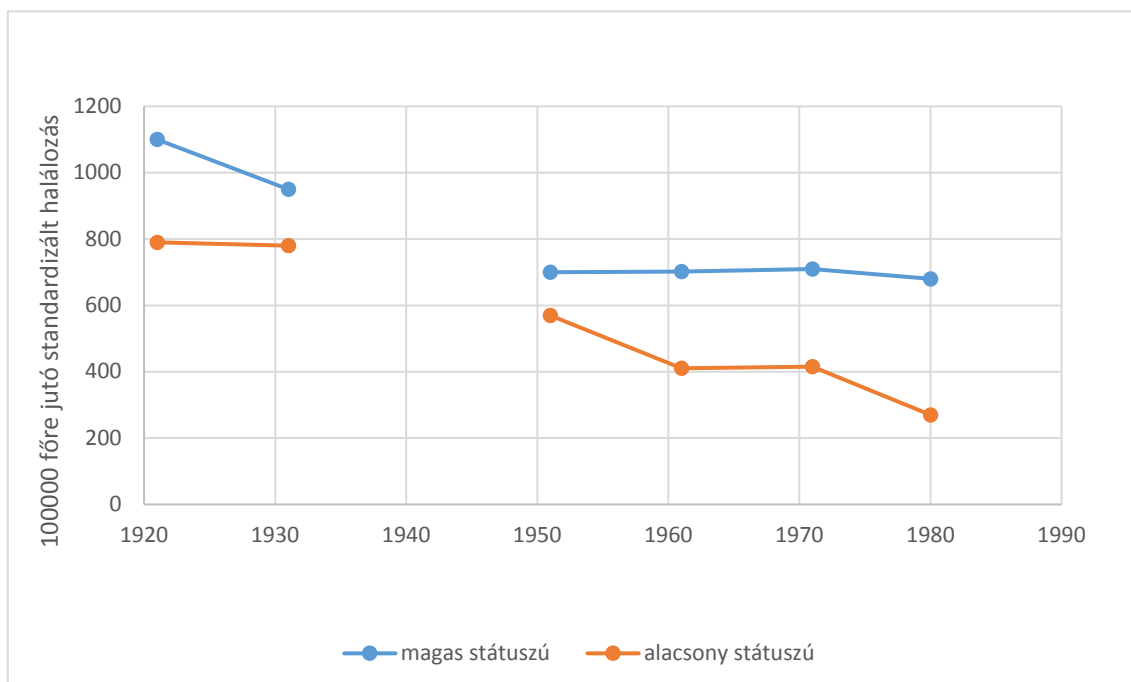
Az 1. táblázat és a 2. ábra illusztrálja, hogy Nyugat-Európában mind a relatív, mind az abszolút egyenlőtlenségek a teljes mortalitásban elsősorban délen Torino és Madrid környékén a legalacsonyabbak. Ez elsősorban a kardiovaszkuláris és rákos betegségek okozta halálozásban mutatkozó kismértékű egyenlőtlenségeknek „köszönhető”. Svédországot relatíve kisebb egyenlőtlenségek jellemzik a mortalitás tekintetében, de Norvégiában ezek jelentősen nagyobbak, mint a dél-európai vagy az angol/walesi példák, részben a dohányzás okozta halálozásban felfedezhető nagy egyenlőtlenségek okán.

1. táblázat: A halálzási többlet a legalacsonyabb iskolázottságúak között az 1990-es években
(Az egyenlőtlenségek lejtő indexe életkorra korrigált halálzási évenként 100 000 személyévenként)

	Minden ok	Rák	Szív- és érrendszeri	Sérülés	Alkohol okozta	Dohányzás okozta
Férfiak						
Svédország	625	90	309	52	60	71
Norvégia	980	169	434	70	62	166
Anglia/Wales	862	225	401	19	28	241
Franciaország	1044	333	232	109	196	204
Olaszország (Torino)	639	232	140	23	63	177
Spanyolország (Madrid)	530	181	38	26	75	170
Nők						
Svédország	381	73	172	8	15	39
Norvégia	518	103	239	5	16	79
Anglia/Wales	462	111	236	1	7	103
Franciaország	375	50	130	36	30	17
Olaszország (Torino)	197	15	94	-3	8	-4
Spanyolország (Madrid)	51	-76	56	7	3	-24

Forrás: Mackenbach³

2. ábra: Foglalkozási státusz szerinti halálzási férfiak között Angliában és Walesben (1920 és 1980 között)



Forrás: Mackenbach³

A társadalmi rétegződés három komponense

A magyarázó elméletek közös nevezője, hogy aszocioökonómiai egyenlőtlenségeket a társadalmi egyenlőtlenségekből származtatják. Ebből az következik, hogy az egészségyenlőtlenségek megértéséhez először a társadalmi rétegződést kell megérteni. A társadalmi rétegződésnek három összetevője van:

- társadalmi mobilitás mechanizmusai,
- források disztribúciója,
- társadalmi folyamatok, társadalmi változás: bizonyos források értékesebbeké válnak, mint mások.

Ez a három komponens szolgál az egészségyenlőtlenségek alapjául.

Magyarázó elméletek

A matematikai szükségszerűség (*artifact*) elmélete szerint a relatív egyenlőtlenségek növekedése elkerülhetetlen, amikor az egészségeredmények összessége javul. Másképpen, nagyobb esély van rá, hogy a mortalitás és a morbiditás relatív kockázata magasabb, amikor az átlagos mortalitás és a morbiditás alacsonyabb, márpedig jelenleg a fejlett jóléti államokban ez a helyzet. Az elmélet ellenére bizonyítottan tűnik, hogy nem szükségszerű a nagyobb egyenlőtlenség, amikor az általános eredmények javulnak.

Az alapvető okok elmélete úgy véli, hogy a társadalmi rétegződés következményei okozzák az egészségyenlőtlenségeket és nem a közvetítő rizikó faktoroknak való kitettség (pl. dohányzás, pszichoszociális stressz, munkafeltételek). A szocioökonómiai státusz az egyént rugalmas erőforrásokkal ruházza fel, melyek közé többek között a tudás, a pénz, a hatalom, a presztízs és a társadalmi kapcsolatok tartoznak. Ezek segítenek a betegségek kockázatát és azok következményeit csökkenteni, függetlenül attól, hogy adott időben melyik számít relevánsnak. Az egészségkülönbségek a források egyenlőtlenségének és azok tartós fennmaradásának tulajdoníthatóak. Az egészségi állapotot javító közvetítő mechanizmusok - ilyen lehet például a citológiai mintavétel fejlődése (Pap-teszt elterjedése)

- ellenére, amelyek adott esetben javítják a halandósági adatokat, a SES hatást az egészségyenlőtlenségekre nem képesek kiegyenlíteni.

Az életút megközelítésben a felnőttkori egészség részben meghatározott a korai életszakaszokban megtapasztalt biológiai és társadalmi események által. A magzat „biológiai programozása” miatt fokozott sérülékenység feltételezhető a krónikus betegségek, például a diabétesz és a kardiovaszkuláris megbetegedések esetében. A kedvezőtlen társadalmi helyzethez és egészséghez kapcsolódó gyermekkorai állapotok kezdetét jelenthetik a későbbi felnőttkori hátrányoknak. Az elmélet adós marad a válasszal azok esetében, akik már a jóléti állam ideje alatt születtek.

A társadalmi szelekció teóriát úgy interpretálhatjuk, hogy az egészségyenlőtlenségek a társadalmi mobilitás során, az egészséggel összefüggő szelekció miatt alakulnak ki. Az egészségproblémák ugyanis lefelé irányuló mobilitáshoz vezethetnek (így egy közvetlen egészségi állapoton alapuló szelekciót eredményeznek). A felfelé irányuló mobilitás sokkal valószínűbb azok esetében, akik személyes jellemzői (például a *big five*¹ személyiségmodellt alapul véve) támogatják a jó egészséget (közvetett egészségi állapoton alapuló szelekció).

A neo-materialista elmélet azt állítja, hogy az átlagos jólét növekedése és a bizonyos mértékű *redistribúció*, más néven a jövedelmek újraelosztása ellenére az anyagi erőforrásokhoz való hozzáférés még mindig általános, az egyenlőtlenségek jelen vannak az anyagi forrásokhoz való hozzáférésben, amelyek egészségyenlőtlenségeket generálnak, de nem magyarázza az egyenlőtlenségek növekedését.

A pszichoszociális elmélet kiemeli a pszichoszociális stressz jelentőségét, a társas támogatás hiányát, és a dolgok befolyásolásának az érzését (*sense of control*). A magasabb iskolai végzettséggel és/vagy jövedelemmel rendelkezők sokkal erősebb kontrollérzéssel rendelkezhetnek, amely kedvezően hat az egészségmagatartásukra. Ez a megközelítés nem magyarázza elfogadható módon az egészségyenlőtlenségek szélesedését.

¹¹ A Big Five személyiségmodell lényege, hogy a különböző személyiségjellemzők öt faktorcsoportha sorolhatóak, amelyek a következők: extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás, kultúra/intellektus.

Az innováció egyenlőtlenségének az a következménye, hogy elsősorban a magasabb szocioökonómiai pozíciójúak képesek arra, hogy korábban alkalmazzanak új magatartásformákat, amelyeket az alacsony státuszúak csak később képesek követni. Az elmélet elfogadható magyarázattal szolgálhat az ideiglenes növekedésre az egyenlőtlenségekben, amikor nagyobb javulás lép fel a népesség körében, amely a magatartás változtatás eredménye. A fejlett országok az epidemiológiai átmenet abban a korszakában vannak, amelyben a civilizációs betegségek (kardiovaszkuláris betegségek, bizonyos rákos megbetegedések, balestek), amelyek a harmadik szakaszban domináltak, gyorsan visszaszorulnak. Ez részben az egészségügyi ellátás fejlődése, másrészt a magatartás változtatás eredménye (dohányzásról való leszokás, egészségesebb táplálkozás), ugyanis a jobb státuszúak korábban alkalmazzák az új magatartásformákat.

A kulturális tőke elmélete az egyenlőtlenségeket a szocioökonómiai csoportok között az attitűdben, a tudásban és a kompetenciában lévő különbségekkel magyarázza, amely különbségek a generációk között átöröklődnek.

A kulturális tőke fogalma magyarázatot ad a fogyasztás magatartásbeli egyenlőtlenségeire a különböző szocioökonómiai csoportok attitűd, tudás és képességek különbségei alapján, amelyek generációk között öröklődnek.

Az itt felsorolt elméletek szintéziseként az alábbi megállapításokat teszi a szerző:

1. Az alacsonyabb státuszú társadalmi rétegek egyre inkább olyan egyénekből állnak, akiknek a személyiség jegyei növekvő mértékben kockáztatják a rossz egészségi állapotot. Ez az évtizedekig tartó felfelé irányuló társadalmi mobilitásnak az eredménye, amely egyfajta szociális szelekcióként működött és homogénebbé tette

a társadalmi csoportokat a személyiségjegyek, mint pl. az alacsonyabb kognitív képesség tekintetében. Az intergenerációs mobilitás elsősorban a gazdasági változások miatt ment végbe, amely a közép- és felsőoktatás expanziójához vezetett és olyan mértékű volt, hogy az oktatási rendszer érdem alapúvá vált, ezáltal paradox módon hozzájárult az egyenlőtlenségek növeléséhez.

2. A fejlett jóléti államokban az epidemiológia fejlődés is eljutott az átmenet azon szakaszába, amikor az egészségi állapotban bekövetkező javulás nagymértékben a magatartás változtatás eredményétől függ. Ez növeli az immateriális tényezők, például a kulturális tőke és a személyiségjegyek jelentőségét (pl. kognitív képességek) az egészség szempontjából.

Ezen állítások alátámasztására a dohányzás visszaszorítására tett kezdeményezések említhetők. Azokban az országokban, ahol erőteljesebb intézkedéseket hoztak a dohányzás ellen, nagyobb valószínűséggel alakultak ki nagyobb szocioökonómiai egyenlőtlenségek a dohányzásban.

A cikk szerzőjének megállapításai röviden: a szociálepideológusok véleményével ellentétben nem egyértelmű, hogy az egyenlőtlenségek igazságtalanok (*unfair*), de bizonyosan tragikusak. Szomorú, hogy a szegényebbek rövidebb életet élnek, több időt töltenek rossz egészségben és valóban csalódást keltő, hogy az egészségegyenlőtlenségek, és következményeik annak ellenére, hogy komoly erőfeszítések történtek a csökkentésükre, továbbra is fennállnak.

Lényegi változást az egészségegyenlőtlenségekben csak radikálisabb újraelosztással lehet, vagy lehetett volna elérni, illetve a személyes, pszichoszociális és kulturális tényezők közvetlen befolyásolásával.

¹ Orosz É., Kollányi Zs.: Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban Társadalmi riport 2016, szerkesztette: Kolosi T., Tóth István Gy.

² MC. Arcaya, AL Arcaya, SV: Subramanian Inequalities in health: definitions, concepts, and theories, Glob Health Action 2015, 8: 27106 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>

³ JP Mackenbach: The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, Social Science & Medicine 75 (2012) 761-769 doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.031

⁴ Reid, D. D., Bret, G. Z., Hamilton, P. J. S., Jarrett, R. J., Keen, H., and Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. Lancet, 1, 469-473.

Az európai menekültválság egészségügyi kérdései a Public Health Reviews 2016. július 8-án megjelent „Europe’s collective failure to address the refugee” cikke alapján¹

Health-related aspects of the European refugee crisis based on the article titled „Europe’s collective failure to address the refugee” published in Public Health Reviews on 8 July 2016

Szerzők: Kárpáti Tímea ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.02.21.

doi: 10.24365/ef.v58i1.143

Összefoglalás: Az Európába irányuló menekültáradat számos tagállamot eddig soha nem látott kihívás elé állított. A nemzetközi válaszlépések egyebek mellett arról is szólnak, hogy az egészségügyi ellátást minden menekült – de különösen a legkiszolgáltatottabb csoportok – számára folyamatosan biztosítsa. Azonban a migránsok egészségügyi szükségletei rendkívül heterogének, a különböző kulturális, egészség-kulturális, vallási és nyelvi háttérrel, betegségstruktúrával, orvoshoz fordulási szokásokkal illetve jogi státusszal rendelkező személyek számára nyújtott egészségügyi, valamint pszicho-szociális szolgáltatás újfajta ismereteket és készségeket igényel az egészségügyi dolgozóktól, szakemberektől.

Kulcsszavak: migráns, menekültügy, Európa, egészség, egészségügy

Abstract: The crowd of refugees targeting Europe has brought unprecedented challenge for many member states. International response include – among other measures – providing a continuous health care for all migrants, especially for the most vulnerable. However, migrants’ health care needs are extremely heterogeneous. Health care and psycho-social support provided for people, with their diverse cultural, health-cultural, religious and linguistic background, illness structure, habits to take medical advice, and legal status; requires novel knowledge and skills from health care workers and other professionals.

Keywords: migrant, refugee crisis, Europe; health, health care

Az európai migrációs válság vagy más néven európai menekültválság kifejezéseket 2015 áprilisában használták először azzal a megrázó eseménnyel összefüggésben, amikor egy migránsokkal teli hajó elsüllyedt a Földközi tengeren Líbia partjainál, és ennek következtében több mint 700 ember vesztette életét.²

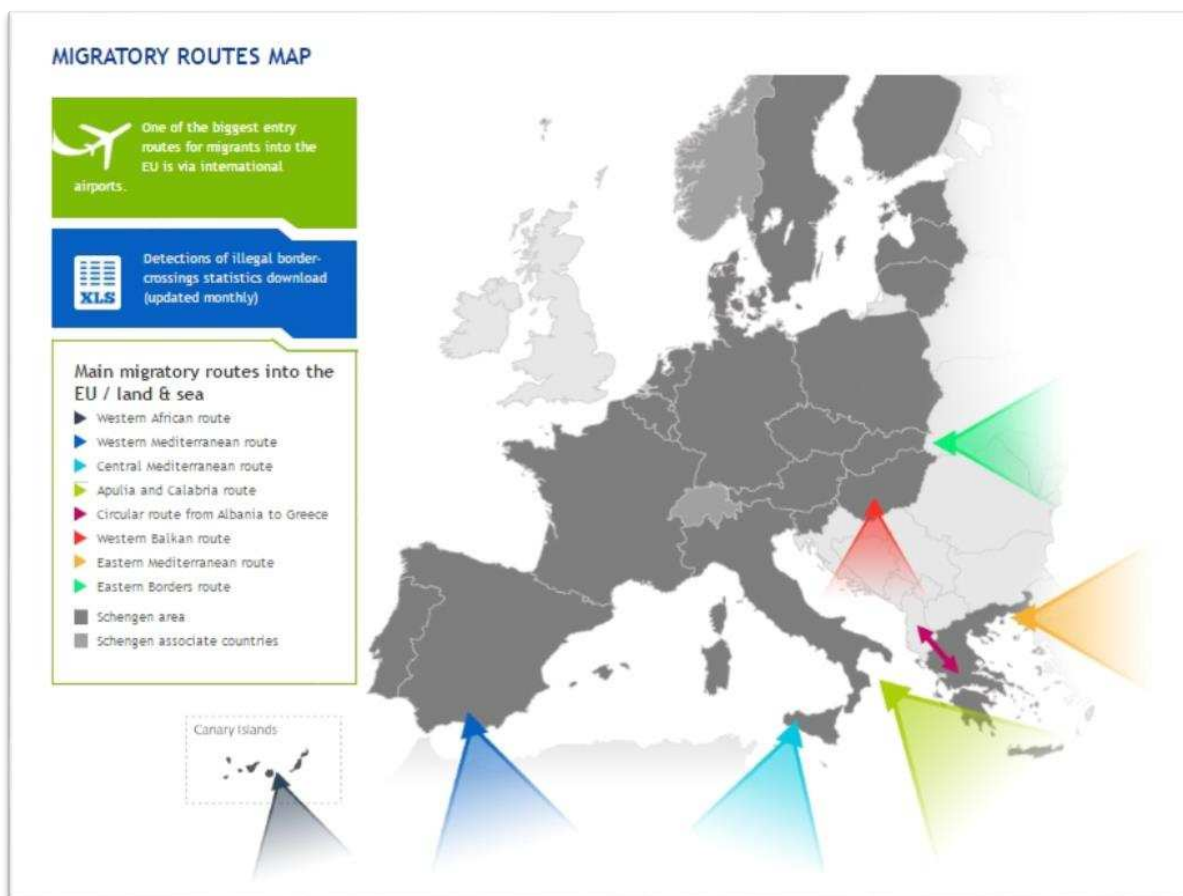
A napjainkban zajló migrációról számtalan kép és videófelvétel tudósít a törekvéssel, hogy pillanatképet kaphassunk a válsághelyzetről; például

ahogy családok sodródnak kis hajókban a tengeren, amikor szembenéznek a megaláztatással, ami az európai határokon fogadja őket, ahogyan a „szemétkempingekben” táboroznak (pl. a franciaországi Calais mellett), vagy azokat a hajóroncsokat mutatva, amelyeken az emberek csak a hullámsírig juthattak el. Az a felvétel, amin a török tengerparton egy rendőr éppen felemeli a szíriai kisfiú, Alan Kurdi holttestét, örökre egybeforrt a menekültügyi válsággal, és a szolidaritás szimbólumává vált.³

Ezeket a képeket és a tudósításokat látva gyakori, hogy a migrációra egy jelenségként tekintünk, ugyanakkor figyelmen kívül hagyjuk - kivéve olyan személyes megrázó esetekben, mint amilyen például Alan Kurdié -, hogy tulajdonképpen minden egyes menekült, aki már átkelt Európába, vagy aki próbálkozás közben meghalt, valójában egy személy, saját személyes történetével, életútjával. A különböző fegyveres konfliktusok, politikai és/vagy vallási üldöztetés, és az ezekből következő gazdasági ellehetetlenülés miatt menekülők vándorlása számtalan kérdést vetett és vet fel folyama-

tosan nemzetközi, nemzeti és egyéni szinten is, melyek közül jelen cikkben az egészségügyi, illetve a menekültek egészségi állapotát érintő, és az azt befolyásoló problémák kerülnek ismertetésre, elsősorban a címben jelölt forráscikket alapul véve. Az Európába érkező menekültek - többségük Szíriából, Afganisztánból és Eritreából indul útra - főként Közél-Keletről, Afrikából, a Balkánról és Közép-Ázsiából igyekeznek az Európai Unió területére jutni a Földközi-tengeren és a Balkánon kialakult, jól definiálható menekültútvonalakon keresztül. [1. ábra]

1. ábra: Az Európába tartó bevándorlási útvonalak térképe



Forrás: FRONTEX, Európai Határ- és Partvédelmi Ügynökség⁴

Az Eurostat szerint az Európai Unió tagállamaihoz 2014-ben 626 000 menekültkérelmet nyújtottak be (frissebb összesített adat 2017 augusztusában várható), és közel 360 000 kérelemről hoztak döntést, ebből 160 000 fogadtak el első körben, további 23

000 pedig fellebbezés után. 45% volt az elsőre jóváhagyott és 18% a fellebbezés után elfogadott kérelmek aránya.^{5,1} A menedékkérelmek kétharmadát négy tagállamhoz: Németországhoz, Franciaországhoz, Svédországhoz és Olaszországhoz nyújtották

be, azonban a lakosságukhoz viszonyítva arányaiban a legtöbb menedékkérő Svédország, Ausztria és Magyarország területére érkezett.⁶

A humanitárius szervezetek megfigyelései és tapasztalatai szerint sok menekült a vándorlás során nem jut még az alapvető egészségügyi alapellátásokhoz sem - beleértve az anya és a gyermek egészségügyi ellátását is -, ugyanis orvosi kezelésről nagyon nehéz gondoskodni, miközben országhatárokat lépnek át. Több, főként ázsiai országban óriási korlátozások vannak érvényben a - már amúgy is korlátozott jogosultságokkal rendelkező, papírok nélküli - menekültekre vonatkozólag. A gondoskodás, az ellátás általában a kis, önkéntes csoportokra, valamint a nemzetközi humanitárius szervezetekre marad, mint pl. a *Médecins du Monde*, *Médecins Sans Frontières*, és a *Save the Children*.^{7,8,9} Ők az orvosi ellátáson túl mentális segítséget is nyújtanak, pszicho-szociális rehabilitációt végeznek a vonatlomásokon, menekülttáborokban, illetve a határon felhúzott mobil klinikákon. Ezekre a szolgáltatásokra azért van szükség, mert a háború sújtotta térségekből érkezőket már a menekülést megelőzően is súlyos traumák, fokozott pszichés terhelések érték, és mindez - rendszerint - a menekülés közben, illetve után is folytatódik. A tranzit/fogadó/célországba való integrációs folyamat, illetve a munkakeresés során is komoly lelki teher éri a migráns háttérrel rendelkezőket a váratlan problémák, korábban ismeretlen körülmények és az ebből fakadó akadályok kapcsán. Például nehezíti a helyzetüket, hogy le kell küzdeni a nyelvi korlátokat, az elszegényedést, az egészségügyi biztosítás és az egészségügyi rendszer ismeretének hiányát, a betegségek eltérő értelmezéseit, a kezelés másságát, a jövőt illető bizonytalanságot stb.

Az Európába irányuló folyamatos menekültáradat számos tagállamot eddig soha nem látott kihívás elé állított. A nemzetközi válaszlépések egyebek mellett arról is szólnak, hogy az egészségügyi ellátást minden menekült - de különösen a legkiszolgáltatottabb csoportok - számára folyamatosan biztosítsa az Egészségügyi és Élelmszerbiztonsági Főigazgatóság az EU Egészségügyi Biztonsági Bizottságán keresztül a tranzit- vagy célországgént különösen nagy migrációs nyomás alatt álló tagállamokban, illetve ennek megvalósítása érdekében szoros együttműködés folyik a Bizottság, az uniós ügynökségek és a fő civil és nemzetközi szervezetek között.¹⁰

Ennek keretében például összeállítottak egy egységes ellenőrző listát, amellyel az uniós fogadóállomásokon és fogadóterületeken a szakemberek felmérhetik az odaérkező migránsok egészségi állapotát, felállíthatják kórtörténetüket, a rászorulókat megfelelő egészségügyi ellátásban részesíthetik.

Az Európai Bizottság elnöke, Jean-Claude Juncker azonban hangsúlyozza, hogy ezek az intézkedések kizárólag a menekültek egészségének megóvását szolgálják, és nem abból az alaptalan félelemből fakadnak, hogy az Európába érkezők fertőző betegségeket terjeszthetnek, visszaélhetnek az ellátórendszerek szolgáltatásaival, és leterhelik az egészségügyi rendszereket. „Ne feledjük: a hazájukból menekülőik egészsége van veszélyben, nem az uniós polgároké.”⁶

Az Európai Unióba érkező személyek egészségügyi szempontból a saját, földrajzilag tőlünk távoli hazájuk megbetegedési profilját tükrözik, amelyek számos tekintetben eltérnek az európai országokétól. Nagy különbségek mutatkoznak a migránsok származási helyén működő közegészségügyi rendszerek fejlettségi szintjében is, ugyanis van olyan anyaország, amelyben ez nagyon kezdetleges, de például Szíriában jól fejlett volt, ugyanakkor a válság következtében már teljesen összeomlott. A nagyon eltérő háttér miatt is a migránsok egészségügyi szükségletei rendkívül heterogének, az ellátási igényük függ továbbá a migrációs folyamat adott szakaszától, társadalmi státuszuktól, tudatosult igényeiktől, egészségmagatartásuktól, a tranzit- vagy a célország nyelvének ismeretétől illetve annak hiányától, idegen nyelvismeretüktől (pl. angol nyelvhasználat szintjétől), valamint kulturális és vallási sajátosságoktól is. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a Szicíliai Regionális Tanács pénzügyi támogatásával létrehozott Európai Egészségügyi és Migrációs Tudásközpont megalapításának (2016. november) célja az volt, hogy segítse azon országok munkáját, melyek közvetlenül kapcsolatba kerülnek a migrációs egészségüggyel. A WHO európai regionális igazgatója szerint a külföldiek egészségügyi problémáinak kezeléséhez széles körű és pontos információkra van szükség, a menekülteket befogadó országoknak képeseknek kell lenniük a fertőző és nem fertőző betegségek azonnali ellátására.¹¹

Azonban az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét gazdasági, szociális, kulturális és nyelvi korlátok akadályozhatják, de ebben közrejátszhat az elérhető támogatással kapcsolatos ismeret hiánya, az

egészségügyi ellátórendszerrel összefüggésben az általános tájékozatlanság, a navigáció nehézségei. A nyelvi, kulturális és kommunikációs sajátosságok gondként jelentkeznek az ellátók oldalán is, illetve az a tény is, hogy a szolgáltatók számára e feladat újszerű. Emellett egyes joghézagok is nehezítik a migránsok egészségügyi gondozását. Az egészségügyben dolgozó orvosok és szakalkalmazottak jelentős részének interkulturális felkészületlensége és tájékozatlansága azt eredményezi, hogy gyakran nem ismerik és nem értik a migránsok sajátos szükségleteit és elvárásait. Mindez kölcsönös bizalomhiányhoz vezethet, ami akár a kezelések sikerességét is befolyásolhatja.

Azokat a külföldieket, akik hivatalos eljárás keretében menekültként való befogadásukat kéri Magyarországon (a továbbiakban: bevándorló), a befogadás során ellátások és támogatások illetik meg rászorultságuk, illetve egyéni élethelyzetük függvényében. Ezek a befogadás anyagi feltételeinek biztosítása (pl. a befogadó állomáson nyújtott elhelyezés és ellátás, részesítés adományokból, utazási kedvezmények, köztemetés költségeinek viselése), egészségügyi ellátás, oktatási-nevelési költségek megtérítése, pénzügyi támogatások, ennek körében az ország végleges elhagyásának támogatása.¹²

A Magyar Bevándorlási és Menekültügyi Hivatal tájékoztatása szerint, amennyiben az a bevándorló, aki nem áll társadalombiztosítási jogviszonyban és szociálisan rászorult, meghatározott egészségügyi szolgáltatásokra térítésmentesen jogosult. Az egészségügyi alapellátást a befogadó állomáson, vagy menekültügyi őrizetben elhelyezett külföldiek helyben, magánszálláson lakó kérelmezők a területi ellátási kötelezettséggel egészségügyi szolgáltatást nyújtó háziorvosnál vehetik igénybe. Sürgős szükség esetén igénybe vehetik a járóbeteg-szakellátást (pl. vizsgálat, gyógykezelés stb.), illetve a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást is (gyógykezelés, műtéti beavatkozás, gyógyszer, kötszer költsége, stb.) a területi ellátási kötelezettséggel működő egészségügyi szolgáltatónál. Sürgős szükségnek minősül az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A bevándorló a járóbeteg-szakellátást vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést követően a betegségről való gyógyulásig, illetve állapotának stabilizálódásáig szükséges vizsgálatokra és

gyógykezelésre, gyógyászati segédeszköz igénybe vételére is térítésmentesen jogosult, valamint betegszállításra abban az esetben, ha egészségügyi állapota miatt a szállítás másként nem oldható meg. Sürgősségi fogászati ellátás és fogmegtartó kezelés, terhesség-gondozás és szülészeti ellátás (továbbá meghatározott esetekben a terhesség megszakítását célzó beavatkozás), valamint a „közgyógyellátásra jogosultak” részére térítésmentesen, 90%-os vagy 100%-os társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és kötszer felírása szerepel az egészségügyi szolgáltatások listáján, amelyekre szintén jogosult a bevándorló. Kiemelt szerepet kapnak még a védőoltások is, melyek életkorhoz kötötten, de csak a kötelező oltások esetében térítésmentesek.

Az úgynevezett Dublini Eljárás a migráció során szétszakadt és a különböző tagállamokban menedékjogot kérő családtagok együttélését, illetve a kísérő nélküli kiskorúak védelmének biztosítását is elrendeli a 604/2013/EU Parlamenti és Tanácsi Rendelet (Dublin III Rendelet) 4. cikke, amely lehetővé teszi a családtagok menedékkérelmét együtt bírálják el.¹³ Ezen kívül a Dublini Eljárás során megállapításra kerülhet egy olyan, a bevándorlást kérelmező külföldi tartózkodásától eltérő európai tagállam felelőssége is, amelyben valamely szoros családtagjának menekülteljárása már korábban megkezdődött, vagy ahol családtagja már jogszzerűen tartózkodik, vagy menekültstátusszal rendelkezik. Ez azért jelentős rendelkezés, mert nagyon gyakori, hogy a gyerekek, a fiatalok el vannak szeparálva a családjuktól, más-más országban tartózkodnak, ezáltal korlátozott a védelmük. Az Eurostat becslése szerint hozzávetőlegesen 10 000 kísérő nélküli gyermek tűnt el a krízis alatt, és emelkedik a nemi alapú erőszakos esetek száma is.^{14,2}

A különböző kulturális, egészség-kulturális, vallási és nyelvi háttérrel, betegségstruktúrával, orvoshoz fordulási szokásokkal és jogi státusszal rendelkező személyek számára nyújtott egészségügyi, valamint pszicho-szociális szolgáltatás újfajta ismereteket és készségeket igényel az egészségügyi dolgozóktól, szakemberektől, melyre a jelenlegi képzésük nem készíti fel őket.

Ezek közül talán az egyik legfontosabb az interkulturális kompetencia, amely elengedhetetlen az orvos és a beteg közötti kölcsönös bizalmi légkör kialakításához.¹⁵ A kulturális és vallási elköteleződések egészségügyi kihatásainak ismerete nélkül ez a bi-

zalmi kapcsolat nem fog kialakulni akkor sem, ha az ellátást végző orvos szakmailag kiváló. Ideális esetben (és közös nyelv híján) az orvos és betege közti kommunikációt tolmács segíti, azonban a szakembereknek azt is meg kell tanulniuk, mit és milyen módon lehet kommunikálni egy ilyen helyzetben.

Ezen a körülményen igyekszik javítani a migrációs egészségügyi szakemberek képzésére való törekvés, melyről megállapodást kötött a Pécsi Tudományegyetem (PTE) és a *Kremsi Donau-Universität*.¹⁶ A tervek szerint az Európában úttörő jellegű, angol nyelvű mesterképzésen évfolyamonként 20-25 egészségügyi dolgozó oktatása történik. A hallgatóknak járványügyi, kutatási, közegészségügy-ellátási, foglalkozás-egészségügyi, mentálhigiéniai és egyéb olyan ismereteket is tanítanak, amelyek segítik az egészségügyi szakembereket a különböző kultúrkörökből érkező migránsokkal való kommunikációban. A képzés indokoltságát támasztja alá, hogy a migrációs folyamat felerősödése elengedhetlenné teszi az egészségügyi szakemberek ilyen irányú felkészítését, valamint az a tény, hogy a migránsoknak a napi egészségügyi ellátása is speciális felkészültséget kíván. További kihívást jelent, hogy olyan országokból érkeznek a bevándorlók, ahol a lakosság a védőoltásokat nem olyan széles körben kapja meg mint Európában, így van esély évtizedek óta jelen már nem lévő betegségek újbóli előfordulására.

Szintén a szakemberek képzésében előrelépést jelenthet az a széleskörű tananyag-fejlesztési *C2ME/Competence (Culturally Competent in Medical Education)* projekt is, amelyben a Pécsi Tudományegyetem - ÁOK, Műveleti Medicina Tanszék Migrációs-egészségügyi Tanszéki Csoportja - konzorcium partnerként működik közre többek között az *University of Amsterdam, Leicester, Antwerpen, Edinburgh, Copenhagen, Norwegian Centre for Minority Health Research (NAKMI), University of Maryland, Hopitaux Universitaires de Geneve* egyetemekkel.¹⁷

A pécsi kutatók ráadásul igen fontos területen játszanak vezető szerepet, hiszen az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Bizottságának 2016. szeptemberi találkozásának éppen a migrációs egészségügy volt a kiemelt témája, ahogy azt annak szlogenje is jelzi: „Nem létezik közegészségügy a menekültek és migránsok egészsége nélkül”.¹⁸ Dr. Allan Krasnik, az Európai Közegészségügyi Társaság migráns- és etnikai kisebbség-egészségügyi szekciójának elnöke úgy fogalmazott, hogy a bevándorlók-nak mindenképpen segítséget kell nyújtani, és „nem járványként, hanem emberként kell tekinteni rájuk”.¹⁹ Nem szabad, hogy úgy lássuk őket, mint akik csak félelmet gerjesztenek és fertőzéseket hoznak, hanem lehetőségként, hogy be tudnak integrálódni egy másik ország társadalmába és segíthetik azt.

¹ B. Roberts, A. Murphy, M. McKee: Europe's collective failure to address the refugee crisis <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0015-6> (Elérve: 2017.02.10.)

² European migrant crisis: Shipwrecks 'kill up to 700 migrants' BBC News. (2016. május 29.) <http://www.bbc.com/news/world-europe-36408029> (Elérve: 2017.02.10.)

³ The death of Alan Kurdi: one year on, compassion towards refugees fades <https://www.theguardian.com/world/2016/sep/01/alan-kurdi-death-one-year-on-compassion-towards-refugees-fades> (Elérve: 2017.02.20.)

⁴ Migratory routes map: <http://frontex.europa.eu/trends-and-routes/migratory-routes-map/> (Elérve: 2017.02.10.)

⁵ Eurostat newsrelease (2015. május 12.) <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6827382/3-12052015-AP-EN.pdf/6733f080-c072-4bf5-91fc-f591abf28176> (Elérve: 2017.02.10.)

⁶ Chris Harris: [Data raises questions over Eus attitude towards asylum seekers](http://www.euronews.com/2015/05/14/data-raises-questions-over-eu-s-attitude-towards-asylum-seekers): <http://www.euronews.com/2015/05/14/data-raises-questions-over-eu-s-attitude-towards-asylum-seekers> (Elérve: 2017.02.10.)

⁷ Médecins du Monde: <http://www.medecinsdumonde.org/fr> (Elérve: 2017.02.24.)

⁸ Médecins Sans Frontières: <http://www.msf.org/> (Elérve: 2017.02.24.)

⁹ Save the Children: http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGlp4E/b.6115947/k.B143/Official_USA_Site.htm (Elérve: 2017.02.24.)

¹⁰ M. Seychell: Refugee crisis: Noble words need to be followed by concrete action http://ec.europa.eu/health/newsletter/162/focus_newsletter_hu.html (Elérve: 2017.02.10.)

¹¹WHO launches European Knowledge Hub on Health and Migration (2016.11.15.) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2016/11/who-launches-european-knowledge-hub-on-health-and-migration> (Elérve: 2017.02.10.)

¹²Bevándorlási és Menekültügyi Hivatal: Menekékkérők ellátása: http://www.bmbah.hu/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=421&Itemid=392&lang=hu (Elérve: 2017.02.10.)

¹³Az Európai Parlament és a Tanács 604/2013/EU rendelete (2013. június 26.): <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0604> (Elérve: 2017.02.10.)

¹⁴H. Merriman: Why are 10,000 migrant children missing in Europe? (2016. október 12.) <http://www.bbc.com/news/world-europe-37617234> (Elérve: 2017.02.10.)

¹⁵Várhegyi Vera, Stephanie Nann: Az interkulturális kompetenciák azonosítása http://www.adam-europe.eu/prj/4407/prd/1/1/WP2-WP3_Final_study_HUN.pdf (Elérve: 2017.02.20.)

¹⁶Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) „Panorama” című kiadványának különleges száma „Migráció és Egészségügy” témában (2017. 02.09.) <http://aok.pte.hu/hu/hirek/hir/9020> (Elérve: 2017.02.20.)

¹⁷Hundelson et al.: The challenges of integrating cultural competence into undergraduate medical curricula across Europe: experience from the C2ME „Culturally competent in medical education” project <http://www.mededpublish.org/manuscripts/365/v1#thec2meproject> (Elérve: 2017.02.10.)

¹⁸Megállapodás aláírása a Migrációkutató Intézetrel (2016. szeptember 13.) <http://aok.pte.hu/hu/hirek/hir/8629> (Elérve: 2017.02.10.)

¹⁹A. Krasnik: [Migrants' access to health services](http://publichealth.ku.dk/staff/?pure=en%2Fpersons%2Fallan-krasnik(d1a42a6c-e3d6-4d5b-803e-e80b13314d46).html) [http://publichealth.ku.dk/staff/?pure=en%2Fpersons%2Fallan-krasnik\(d1a42a6c-e3d6-4d5b-803e-e80b13314d46\).html](http://publichealth.ku.dk/staff/?pure=en%2Fpersons%2Fallan-krasnik(d1a42a6c-e3d6-4d5b-803e-e80b13314d46).html) (Elérve: 2017.02.10.)

Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása

Introduction of the national and international school health promotion approaches

Szerzők: Járomi Éva ✉, Vitrai József
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.02.20.
doi: 10.24365/ef.v58i1.145

„(...) javarészt az iskolának fog jutni az a föladat, hogy a távollevő szülők szerepét betöltse és gondos figyelemmel megelőzzön mindent, ami az ifjúság egészségét megkárosíthatná, tagjainak épségét megronthatná, vagy éppen életét veszélyeztethetné. Azonkívül gondoskodni fog alkalmas segítőszerek és eszközök beszerzéséről, melyek az egészség ápolására, a test megedzésére és erejének fönntartására közrehatnak.” (Mária Terézia - Ratio Educatio, 1777.)

Háttér: A magyar lakosság egészsége elmarad az EU fejlettebb tagországoihoz képest. Az egészségveszteségek döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza. A gyermekkorban kialakított egészségmagatartás, kulcsszerepet játszik a lakosság egészségének javításában. A közlemény célja az iskolai egészségfejlesztés egyes megközelítéseinek bemutatása, az esetlegesen fennálló (szemléletbeli) különbségek okainak feltárása. E mellett új fejlesztési lehetőségek bemutatása, majd ezek alapján ajánlások megfogalmazása a szakemberek és döntéshozók számára.

Módszer: Hazai és nemzetközi adatbázisok (MATARKA és PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library) alapján szakirodalmi áttekintés készítése. A szakirodalmi keresés a következő kulcsszavakkal történt: iskolai egészségfejlesztés, egészségfejlesztő iskola, iskolai beavatkozások, szervezeti beavatkozás, komplexitás, teljes körűség, rendszer, valamint ezek angol nyelvű megfelelői.

Eredmények: Alapvető szemléletmódbeli különbségek figyelhetők meg az egészségfejlesztésben élenjáró országok és Magyarország között. Míg hazánkban az egészségfejlesztés elszigetelve, az egészségügy peremére szorulva tevékenykedik, addig a kedvezőbb egészségügyi mutatókkal rendelkező államokban (pl. az Egyesült Királyság, Kanada) az egészségfejlesztés egy sokszereplős, interszektoriális rendszerben működik. Az említett országokban részvételen alapuló, koordinált, komplex adaptív rendszerként tekintenek az egészségfejlesztésre, mely a helyi közösségbe ágyazva, integráltan működik. Más megközelítések szerint az egészségmagatartás, mint például az elhízást eredményező egészségtelen táplálkozás is kulturálisan befolyásolt, komplex probléma. Feltételezhető, hogy az egészségfejlesztési törekvések, mint pl. az elhízás visszaszorításának sikertelenségét is egyfajta „ördögi kör” magyarázza: egy adott közösség kultúrája egyben akadály is a kultúra megváltoztatásának.

Következtetések: A hazai iskolai egészségfejlesztés teljes körűségét előíró jogi szabályozások önmagukban nem elegendők a köznevelési intézmények egészségfejlesztési tevékenységeinek hatékony megvalósításához, pedig az iskolai szinten történő egészségfejlesztés kitörési pont lehet az egészségkultúra megváltoztatásához. A hatékony egészségfejlesztéshez komplex megközelítésre van szükség, azaz a társadalmi szereplők különböző szinten megvalósuló, összehangolt tevékenységére. A járási szinten jogszabályban előírt közösségi egészségtervezés lehetőséget kínál a komplex iskolai egészségfejlesztés Magyarországon történő megvalósítására.

Kulcsszavak: iskolai egészségfejlesztés, egészségfejlesztő iskola, iskolai beavatkozások, komplexitás, teljes körűség

Background: The health status of the Hungarian population lags behind the developed EU member states. The losses of health are mainly attributed to the risks associated with behavior. The health behavior developed in childhood plays a key role in the improvement of population health. The aims of the paper are to present different school health promotion approaches and the exploration of causes behind the detectable conceptual differences of them. Furthermore new possible development directions are introduced and recommendations for professionals and policy makers.

Method: Literature review was performed using national and international databases (MATARKA and PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library). The literature research was conducted with the following keywords: school health promotion, health-promoting school, school interventions, organizational interventions, complexity, comprehensiveness, system.

Results: Fundamental differences can be observed in the view of health promotion between the cutting edge countries and Hungary. While in our country, the health promotion operates isolated at the margin of health care, meanwhile in the states with more favorable health indicators (e.g. United Kingdom, Canada), the health promotion operates as a multi-stakeholder, inter-sectorial system. In the above mentioned countries the health promotion is regarded as a participative, coordinated, complex adaptive system which is integrated and embedded within the local community. According to other approaches the health behavior like unhealthy diet resulting in obesity is a complex problem and influenced by the culture. It may be assumed that the failures of the health promotion efforts like the obesity reducing are explain with some kind of „vicious cycle”: the culture in a given community is its own obstacle to change.

Conclusions: Legal prescribing comprehensiveness for school health promotion alone is not sufficient for the effective implementation of health promotion activities in the public educational institutions in Hungary. However the school health promotion can be the opportunity for breaking the vicious cycle of changing the culture of health. Complex approach is needed for effective health promotion and for coordinated activities of the social actors at different levels. Community health planning prescribed by law at the district level provides opportunities for the implementation of the complex school-health promotion in Hungary.

Keywords: school health promotion, health-promoting school, school interventions, complexity, comprehensiveness

HÁTTÉR

A magyar lakosság egészsége a legtöbb egészségmutatóban elmarad az EU fejlettebb tagországaihoz képest. Egyes keringési- és rosszindulatú daganatos megbetegedések halálzásában egyre nő a lemaradásunk. Igen jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálzásokban. Az összes elvesztett egészséges életév Magyarországon 22%-kal haladta meg az EU15 országokban megfigyelhető értéket 2015-ben. A hazai egészségvesztések döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza, ahogyan ezt a magyar

egészségmagatartási mutatóknak az EU-ban kirívóan rossz értékei is alátámasztják. Jelentős javulást ezért csakis a lakosság egészségmagatartásának megváltoztatásától lehet várni.¹

Köztudott, hogy a gyermekkorban kialakított egészségmagatartás kulcsszerepet játszik a lakosság egészségének javításában, ezért a köznevelési intézményekben történő egészségfejlesztési beavatkozások kiemelt szerepet kell, hogy kapjanak a népegészségügyi beavatkozások körében.² Napjainkra számos közlemény született az egészségfejlesztési programok hatékonyságának témájában, melynek eredményei alapján megállapítható hogy az eddigektől eltérő beavatkozásokra van szükség a hatásos-

ság érdekében. Az iskolai egészségfejlesztés a többi szinten történő beavatkozásnál ígéretesebbnek tűnik, melyet jelen közlemény keretében járunk körül.^{3, 4, 5, 6}

A közlemény célja az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi megközelítéseinek ismertetése, az esetlegesen fennálló szemléletbeli különbségek okainak feltárása, új fejlesztési lehetőségek bemutatása, majd ezek alapján ajánlások megfogalmazása a szakemberek és döntéshozók számára.

MÓDSZER

A közlemény készítése során a szerzők a hazai és nemzetközi (MATARKA és PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library) adatbázisokban végeztek szakirodalmi áttekintést. A kutatás során alkalmazott kulcsszavak: iskolai egészségfejlesztés, egészségfejlesztő iskola, iskolai beavatkozások, szervezeti beavatkozás, komplexitás, teljeskörűség, rendszer, valamint ezek angol megfelelői, úgymint *health promoting schools, school interventions, organizational interventions, complexity, completeness, system*. Mindemellett a releváns szakirodalmak hivatkozásaiban is történt keresés.

EREDMÉNYEK

Az egészségfejlesztés elméleti alapjai

A nemzetközi gyakorlat áttekintése előtt célszerű megismerni az iskolai egészségfejlesztési beavatkozásokat alakító elméleti alapokat, különböző modelleket. Vizsgálatok sora igazolja, hogy az egészségveszteségek megelőzése érdekében nem elegendő csupán az ismeretek nyújtása. A pozitív irányú változás eléréséhez a fizikai és szellemi készségek fejlesztésén túlmenően a motivációra is hatni kell, valamint az egészséges életmódot támogató megfelelő társas és fizikai környezet kialakítása is szükséges. Ezt a viselkedés megváltoztatását leíró modellt, az ún. COM-B rendszert Michie és munkatársai 2011-ben dolgozták ki, szintetizálva valamennyi akkor ismert viselkedésváltoztatást leíró elméletet.⁷ A modell három alapvető meghatározó tényezőt tartalmaz, úgymint pszichológiai és fizikai képesség (*Capability*), szociális és fizikai környezet (*Opportunity*) - amely megfogalmazás tágabb értelmezésben az egyént körülvevő környezetet jelenti-, automatikus és reflektív motiváció (*Motivation*), amelyek a viselkedést (*Behavior*) befolyásolják. [1. ábra]

1. ábra: COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere

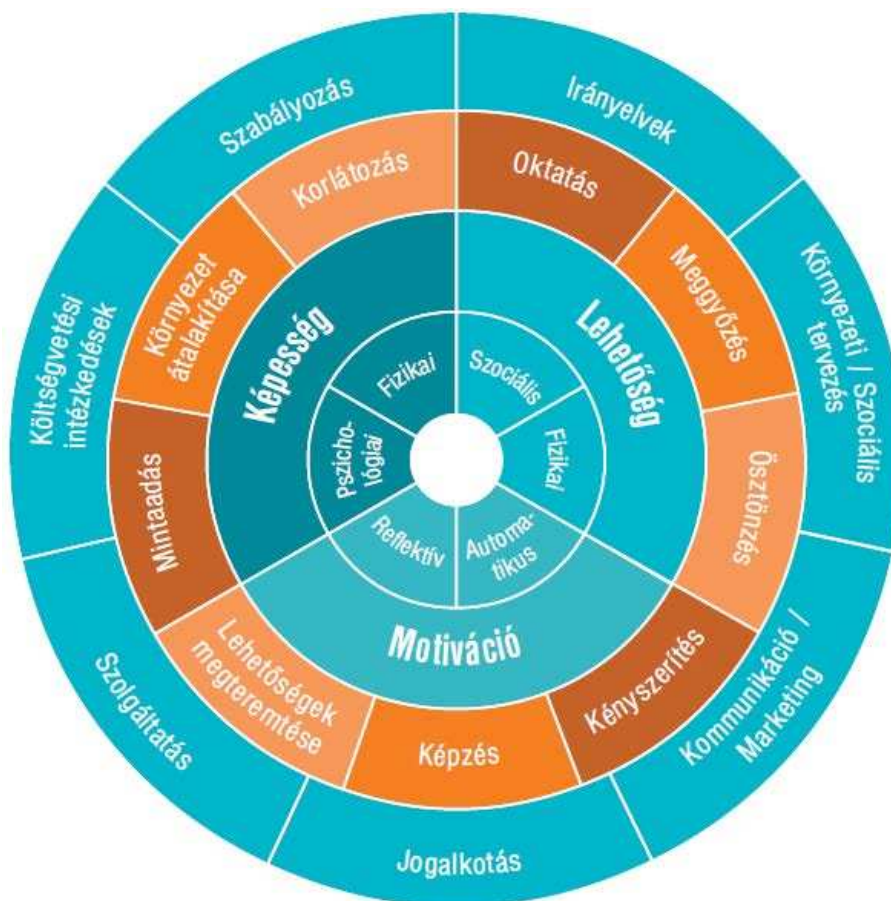


Forrás: Kimmel Zs, Vitrai J (2015)⁸

A fent említett tényezők képezik a viselkedés megváltoztatásához javasolt ún. „Viselkedésváltoztatás kerekének” középpontját, melyet két körgyűrű vesz körül: 9 féle beavatkozási típus és 7 szakpolitikai eszköz. [2. ábra]

A modell szerint a viselkedés sikeres megváltoztatásához valamennyi befolyásoló tényezőre ható, többféle szakpolitika, többféle beavatkozásának összehangolt megvalósulása szükséges.²

2. ábra: A „Viselkedésváltoztatás kereké”

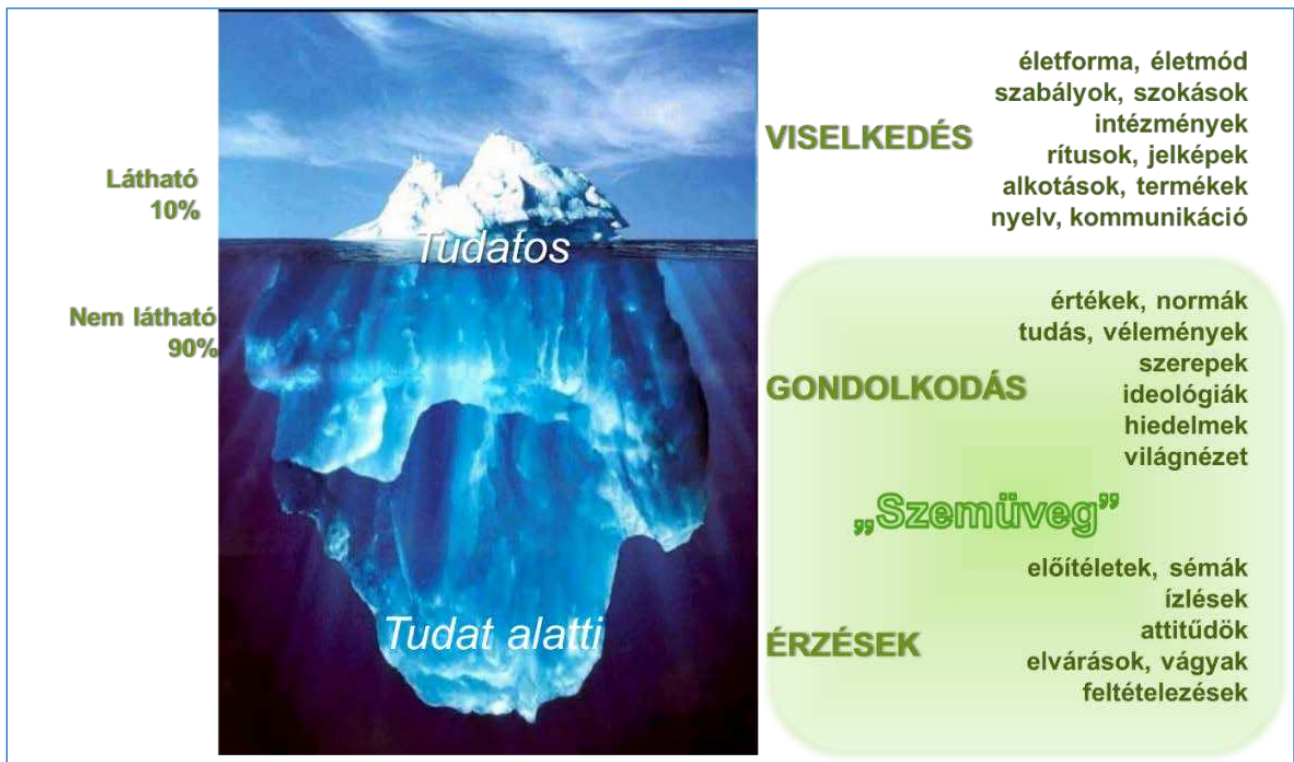


Forrás: Michie S, van Stralen MM, West R (2011)⁷

Egy másik megközelítés szerint az adott egyén viselkedését nagyban befolyásolja az őt körülvevő – a társadalmi kontextus.⁹ A kultúra jelentésének nincs egységesen elfogadott definíciója. Az egyik leggyakoribb megfogalmazás szerint: azon tanult normák, értékek, hiedelmek és szokások rendszere, amely az adott közösség/társadalom viselkedését befolyásolja.¹⁰ Az ennél szélesebben értelmezett jéghegy-modell szerint: a jéghegy vízszint feletti részének megfeleltethető az emberek viselkedése és annak eredményei, mint például a nyelv, a kommunikáció, a jogszabályok, a műalkotások, a termékek, a rítusok, stb. Míg a jéghegy víz alá merülő 90 százaléka jelképezi a kultúra nem megfigyelhető, de a

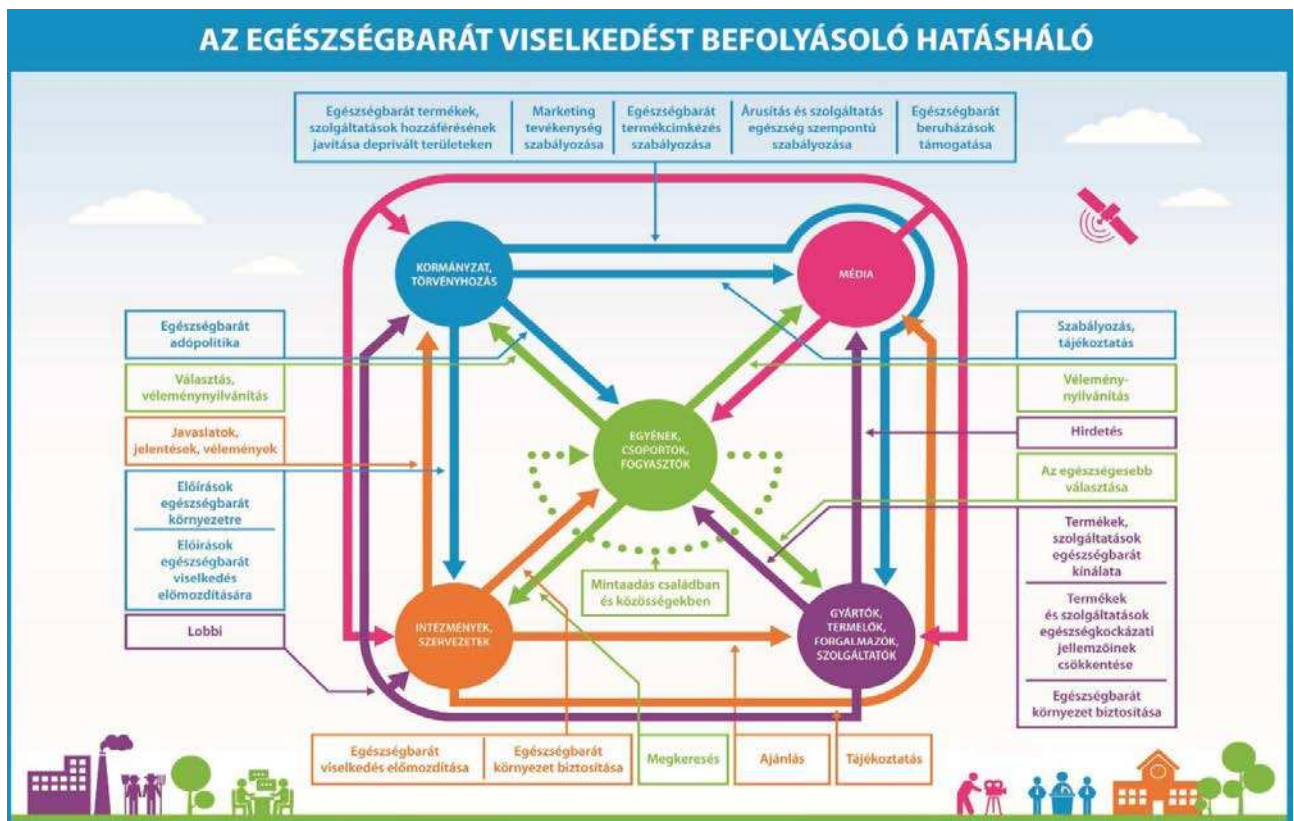
viselkedést meghatározó elemeit. Ide tartoznak egyfelől a tudatos értékek, normák, a tudás, a vélemény, az elvárt szerepek, az ideológiák, a hiedelmek és a világnézet. A viselkedést azonban nemcsak a tudat, hanem a tudat alatti tényezők, úgymint előítéletek, gondolati sémák, attitűdök, elvárások, vágyak, feltételezések is befolyásolják. A jéghegy „víz alatti” része szűrőként – egyfajta szemüveggént – szolgál az egyénhez vagy közösséghez érkező információk értelmezéséhez, az ön- és világnépek kialakulásához. [3. ábra] Mind a tudatos, mind a tudat alatti tényezők a szocializáció során szinte észrevétlen módon rögzülnek, és azzal egészen addig nem szembesülünk, míg egy idegen kultúrával nem találkozzunk.¹¹

3. ábra: A kultúra jéghegy modellje



Forrás: Rocher G (1969)¹²

4. ábra: Egészségbárát viselkedést befolyásoló hatásháló



Forrás: Csizmadia P, Varsányi P, Ferenczi M, Vitrai J (2015.)¹³

Az újabb rendszertudományi megközelítés szerint a viselkedésváltoztatás eléréséhez többféle intervenció eszközzel és többféle társadalmi-gazdasági szereplő bevonásával, többféle szakpolitikai irányból szükséges beavatkozni.¹⁴ Ez egy úgynevezett hatáshálónál szemléltethető, amely az egészséges életmód kormányzati és egyéb társadalmi szereplők általi támogatásának, szerepének lehetőségeit, kapcsolatát szemlélteti, ily módon segítve a rendszer komplexitásának, többszintűségének és non-lineáris tulajdonságának megértését. [4. ábra]

A fenti ábra a hatáshálót ábrázolja, amely az egészségbarát viselkedés kialakulásában szerepet játszó közreműködőket, a közöttük fennálló főbb kapcsolati irányokat és az azokat pozitív irányba befolyásolni képes hatásokat mutatja be. Az egészségbarát viselkedés kialakításában résztvevő társadalmi szereplők részét képezi a kormányzat törvényalkotási része, amelybe nemcsak a központi szereplők, hanem a helyi önkormányzatok is beletartoznak. Az intézmények, szervezetek, úgymint az államigazgatási és nem állami szereplők, egészségügyi, oktatási intézmények, és non-profit civil szervezetek képezik a hatásháló társadalmi szereplőinek egy következő csoportját. A gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók körét pedig valamennyi ilyen tevékenységet végző közösség alkotja (pl. az egészségügyi szolgáltatók, élelmiszerüzletek). A negyedik csoport a média, amely valamennyi, kommunikációs tevékenységet végző szereplő összefoglaló megnevezése. Az egyének, csoportok, fogyasztók magukban foglalják például a családot, a lakóközösségeket, a munkahelyi és vallási közösségeket is.¹³

Valamennyi említett társadalmi szereplő magatartása, így a jogszabályalkotás vagy az iskolai menü összeállítása, az egészséggel kapcsolatos médiatartalmak közreadása kulturálisan befolyásolt, komplex probléma. Feltételezhető, hogy az egészségfejlesztési törekvések – mint például az elhízás visszaszorítás – sikertelenségét is egyfajta „ördögi kör” magyarázza: egy adott közösség kultúrája egyben akadály is a kultúra megváltoztatásának. A változás kulcsszereplőinek, mint például az egészségfejlesztési szakembereknek, pedagógusoknak a viselkedését ugyanis – a COM-B modellnek megfelelően – éppen a megváltoztatni kívánt kultúra által meghatározott szemléletmód, motiváció és környezet akadályozza.

Az iskolai egészségfejlesztés legújabb elméleti megközelítései

Az egészségmagatartás megváltoztatását célzó egészségfejlesztés fő irányát – lehetséges kitörési pontját – az iskolai egészségfejlesztés jelenti több szempontból is. Az iskolában az egészségfejlesztés célcsoportja koncentráltan elérhető. Emellett a gyermekek idejük egy jelentős részét az iskolában töltik, távol a családi – esetlegesen negatív mintát közvetítő – környezettől. Ebben az életkorban a személyiségfejlődés még nem zárult le, a fiatalok még fogékonyak a változásra, az új gondolkodási sémák elsajátítására. További előny, hogy a gyerekek egészségmagatartásának megváltoztatásához csak egy viszonylag szűk, felsőfokú képzettséggel rendelkező csoport (egészségfejlesztési szakemberek, pedagógusok) egészségkultúráját, és ezen keresztül viselkedését szükséges megváltoztatni. Mindemellett fontos megjegyezni, hogy az iskolán kívüli társadalmi szereplők számára a gyermekek egészségének megóvása a saját egészségük fejlesztésénél is nagyobb motivációt jelent.

Mclsaac és munkatársai az iskolai egészségfejlesztést a hatásháló elgondoláshoz hasonló megközelítéssel a társadalmi szereplők és rendszerek közötti többszintű kapcsolatot vizsgálták.¹⁵ Szerintük az iskolai egészségfejlesztést egy olyan komplex rendszerként kell elképzelni, amelyben az iskolák maguk is összetett rendszerként működnek. A tanulók alkotta osztályközösségek, a tanári kar, a szülők ennek a rendszernek a szereplői. Viselkedésüket eltérő érdekek és szövevényes viszonyrendszerek alakítják. Az iskola ugyanakkor a helyi társadalom rendszerébe ágyazva, jó néhány társadalmi-gazdasági szereplővel (pl. önkormányzat, közétkeztető, civil szervezetek, stb.) együttműködik. Az iskolák ezen felül részei az országos szintű köznevelési intézményrendszernek is, amely jogi szabályozással, források biztosításával és szakemberképzéssel befolyásolja az iskolák működését, infrastruktúráját.

A rendszertudomány szerint a rendszereket négy csoportra osztják a komplexitásuk mértéke szerint: egyszerű, komplikált, komplex (ezen belül adaptív és non-adaptív) valamint ún. káosz rendszerek. Egy komplex adaptív rendszer lehet mesterséges (pl. számítógépes modell), természetes (pl. immunrendszer) és társas (pl. egyénekből és szervezetekből felépülő helyi társadalom). Az iskola egy társas

komplex-adaptív rendszer, melynek fő jellemzői: a beágyazottság, az adaptáció formájában történő folyamatos változás, a sokszínűség és a hálózatos működésmód.¹⁶

Egy másik megközelítés szerint, amelyik az iskolát szintén komplex szintéreként értelmezi, a hatásos iskolai egészségfejlesztésnek három alapvető követelménynek kell megfelelnie: részvétel, koordináció és integráció.¹⁷ A három feltételt további öt ismérv egészíti ki: személyesség, partnerek közötti szinergiák, kapcsolatépítés, horizontális és vertikális kommunikáció, valamint az egészség szempontjának a döntéshozásba történő integrálása. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a részvétel nemcsak az iskolák szintjén értelmezendő, hanem a szervezeti struktúrában felettük elhelyezkedő tankerületek, önkormányzatok, egyéb felügyeleti és döntéshozói szervek szintjén is. Az egészségfejlesztési beavatkozások megvalósításában ugyanis nemcsak a szűk iskolai közösség vesz részt, hanem a tankerületek is, akik irányelvekkel támogatják az egyes intézkedések beágyazását a rendszerbe és a folyamatokba.

A komplex megközelítésmód a WHO gyermekkori elhízással kapcsolatos jelentésében is megjelenik, miszerint ez a kórkép a meglehetősen összetett egészségproblémák közé sorolandó.¹⁸ Az elhízás számos szereplőt (egyént, csoportot, szervezetet, stb.) érint, akik között a fennálló kapcsolatok kiemelkedő jelentőséggel bírnak a beavatkozások eredményességének szempontjából. Ezért a WHO „többdimenziós kihívásként” értelmezi az elhízás visszaszorításának feladatát. Annak érdekében, hogy a túlzott testtömeg-növekedést komplex problémaként sikeresen tudjuk kezelni, a korábbiaktól egészen eltérő, innovatív módszerek és megoldások szükségesek – állapítja meg a jelentés.

Az egészségfejlesztési beavatkozások nemritkán az egészségszűzöltségek növekedésével járnak együtt, aminek oka feltehetően a komplex rendszerek – egyelőre előre nem látható – viselkedése. A szerző a rendszertudományi kutatások eredményeire támaszkodva igazolja, hogy a komplex rendszerek viselkedésének mélyebb megértése nélkül nem lehet hatékony és egyenlőtlenségeket kiegyenlítő egészségfejlesztési beavatkozásokat megvalósítani.¹⁹

Az iskolai egészségfejlesztés nemzetközi megközelítései

Az iskolai egészségfejlesztés jelentőségét már 1987-ben felismerte az USA Betegségmegelőzési és Járványügyi Központja (*Centers for Disease Control and Prevention*, továbbiakban: CDC), és már abban az időben is egyfajta koordinált, többszereplős egészségfejlesztésről beszélt. Létrehozta a Koordinált Iskolai Egészség Programot (*Coordinated School Health Program*, továbbiakban: CSH), amely magában foglalja az oktatás, az egészség és a szociális ágazat erőforrásait is.

Az amerikai példához hasonló kezdeményezés Európában 1991-ben jött létre Egészségfejlesztő Iskolák Európai Hálózata (*European Network of Health Promoting Schools*, ENHPS) keretében, három nemzetközi szervezet, az Európai Bizottság, az Európa Tanács és a WHO Európai Regionális Irodája közös kezdeményezéseként. Kezdetben hét, mára több mint negyven ország képviselői vesznek részt benne. Napjainkra a hálózat önálló szervezeti struktúrában működik, Iskolák az Egészségért Európában (*Schools for Health in Europe*, továbbiakban: SHE Network) néven.² A SHE Network 6 célterületet fogalmaz meg. [1. táblázat] Állásfoglalása szerint az iskolai egészségfejlesztés alappillérei az iskolai egészségfejlesztés teljeskörűsége, sokszereplős mivolta, törekvése a magasabb minőségű oktatásra és iskolai eredményekre, tudományos bizonyítékokra épülő beavatkozásai, valamint az iskolák aktív közösségi szerepvállalása, közösségfejlesztése, amely által hozzájárulnak a helyi társadalmi tőke fejlesztéséhez és a közösség egészségműveltségének növeléséhez.²⁰

A WHO által 1995-ben kifejlesztett újabb irányelvben megegyeztek abban, hogy az Egészségfejlesztő Iskolák (*Health Promoting Schools*, HPS) képesek átbridálni az egészség és a tanulás között fennálló szakadékot. A kezdeményezés fő célja, hogy a leghatékonyabban támogathassa az egyes államok iskolai egészségfejlesztési kezdeményezéseit.²¹ A korszerű iskolai egészségfejlesztés a világ legtöbb országában a WHO által deklarált alapelveken nyugszik és az általa javasolt intervenciók logikát alkalmazza. Ezen megközelítés használatával az iskolai közösségek a szakközpontok fejlesztésén, a támogató társas és fizikai

környezet, az iskolai közösségi kapcsolatok, a személyes egészséggel kapcsolatos készségek és hatékony egészségügyi szolgáltatások kialakításán munkálkodnak. A megközelítés 30 éve létezik, azóta pedig e témában jó néhány tanulmány vizsgálta és értékelte a hatásosságra vonatkozó kérdéseket. Számos bizonyíték áll rendelkezésre, amely szerint a HPS megközelítés az egészség számos fontos területét képes fejleszteni, azonban a hatásosságát az eddigi vizsgálatok nem tudták igazolni.²²

A WHO 2013-ban kidolgozott stratégiájával összhangban a CDC továbbfejlesztette a CSH programját, és meghirdette a Teljes Iskola, Teljes Közösség, Teljes Gyermekek koncepciót (*Whole School, Whole Community, Whole Child*; WSCC).²³ Az új modell összefogja és továbbgondolja a hagyományosan koordinált iskolai egészség megközelítést és a „Teljes gyermek” (*Whole Child*) modell elemeit. [1. táblázat] A koncepció alapján az iskolák olyan átfogó és komplex programokat valósíthatnak meg, illetve szolgáltatásokat hozhatnak létre, melyek elősegítik az egészség fejlesztését és a krónikus betegségek valamint azok kockázatának megelőzését. Míg a koordinált iskolai egészségfejlesztés-szemlélet nyolc komponensből áll, ez a modell már tíz összetevőt tartalmaz.²

Az elmúlt évtizedben számos közlemény (több mint 131 cikk) vizsgálta a komplex rendszerek különböző megközelítéseit, illetve azok alkalmazhatóságát, mely arra enged következtetni, hogy a rendszerszinten történő gondolkodás, a rendszerszemlélet nemzetközi viszonylatban már hosszú évek óta a szakemberek közbeszédének részét képezi a népegészségügyben.²⁴

A jelenlegi magyar iskolai egészségfejlesztés megközelítései

A több mint ezer éve fennálló magyar iskolarendszer történetének szinte minden időszakában jelen voltak egészségvédelmi törekvések. Már Mária Terézia *Ratio Educatio* c. 1777-ben kiadott rendeletében is megfigyelhető ez a szándék.²⁵ Az évtizedek során aztán számos nemzeti program fókuszba helyezte az egészségfejlesztést, amelynek történeti át-

tekintését a 2015-ben megalkotott Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési Koncepció (továbbiakban TIE Koncepció)¹ részletesen tárgyalja.² E cikkben a hangsúlyt a hazai egészségfejlesztés jelenlegi szemléletének és helyzetének áttekintésére helyeztük.

Meleg és munkatársai szerint a tanulók egészségmagatartásának formálásához vezető megfelelő út egy mentálhigiénére alapozott szervezetfejlesztés modell, amelynek lényege, hogy bevonja az iskolai élet minden szereplőjét, a tanulók és a pedagógusok mellett az orvosokat, védőnőket, pszichológusokat illetve a szülőket is.²⁶ Egy másik megközelítés az egészségfejlesztés témakörét az egyén időgazdálkodásának szempontjából, élete „megélésének” szubjektív, személyes oldaláról vizsgálja. Az emberek azon törekvéséhez, szükségletéhez kapcsolódik, hogy a rendelkezésükre álló időt (és a teret is) lehetőségeikhez mérten számukra a legmegfelelőbb tartalommal töltsék ki. Ennek megvalósításában (pl. megfelelő mennyiségű fizikai aktivitás, megfelelő időintervallumban történő táplálkozás, közösségi idő, stb.) az iskola érték közvetítő szerepe meghatározó lehet.²⁷

Egy 2004-ben végzett kutatás, mely a közoktatásban történő egészségfejlesztés mértékének és tartalmának feltérképezését célozta, már felhívta a figyelmet a holisztikus egészségfelfogás (az egészség testi-lelki-szociális tényezők feltétele) hiányára.²⁸ Problémaként értékelte, hogy az iskolák sok esetben a prevenció kevésbé aktív résztvevői. Ismeretközlési tevékenységükbe inkább külső szakembereket vonnak be, annak ellenére, hogy a pedagógusok készségfejlesztésére nagyobb szükség lenne. A kutatás további tanulsága, hogy az iskolák vezetői és pedagógusai nincsenek tudatában a mintaadás, az iskolai légkör és az egészségnevelési tartalmak tananyagokba integrálásának hasznáival, amely a tanulók életmódját a jelenben, életminőségét pedig a jövőben pozitív irányba mozdíthatja.²⁹ E célból már az 1990-es évek elejétől a pályakezdő és a gyakorló pedagógusok számára egyaránt szerveznek egészségfejlesztési témájú továbbképzéseket és egészségtan tanári kurzusokat.³⁰ Azonban ezek a képzések nem hoztak számottevő pozitív irányú változást az iskolai egészségfejlesztésben.

¹ A dokumentum a TÁMOP -6.1.2.A-14/1-2014-0001 - Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztés projekt (továbbiakban TIE projekt) keretében, a teljes körű iskolai egészségfejlesztésre vonatkozó rendelkezések (a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet), valamint az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégiához kapcsolódva került megalkotásra.

Az utóbbi 10 évben született jogszabályok, szakmai programok és anyagok további támogató közeget kínálnak az iskolai egészségfejlesztés számára.ⁱⁱ A 2003. évi LXI. törvény például az iskolák egészségfejlesztési és egészségnevelési feladatainak jogi szabályozását tartalmazza, melynek célja, hogy a pedagógiai programokban megvalósuljanak az egészségfejlesztési elemek. A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendeletben már megjelent az iskolai egészségfejlesztés kapcsán a teljes körűség fogalma. A jogalkotó célja az volt, hogy minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszerszerűen működő egészségfejlesztő tevékenységekben. Ezen kívül az iskolai egészségfejlesztési munka színvonalának növelése céljából rendelkezett arról is, hogy oktatási intézményekben csak olyan programok jelenhetnek meg, melyek rendelkeznek a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) szakmai ajánlásával. Deutsch 2011-ben végzett kvalitatív kutatása azt mutatja, hogy bár az iskolai egészségnevelési pedagógiai programok elkészültek, a holisztikus egészségfelfogás helyett az esetek többségében főként az egészség fizikai aspektusára helyezik a hangsúlyt, elhanyagolva annak szociális és lelki dimenzióit.³¹ A TIE Kutatás 2015-ben végzett iskolai egészségkultúra felméréseinek eredményei szerint, a jogi szabályozás ellenére a mintában szereplő intézmények csupán 69%-a rendelkezik évenként felülvizsgált egészségfejlesztési programmal.³² A korábban említett 2004-ben végzett felmérés pedig megállapította, hogy azokban az iskolákban volt eredményes a vizsgált egészségnevelési program, ahol az gondos helyzetelemzésre épült, és figyelembe vette a tanulókat, a szülők javaslatait, továbbá kiértékelte a végrehajtás eredményességét is.²⁸ Azonban az előírt rendelkezések, programok megvalósulását nagymértékben befolyásolja, hogy a fenntartó és az intézmény vezetője, valamint a pedagógusok mennyire elkötelezettek a témában, e mellett milyen mértékben állnak rendelkezésre anyagi és emberi erőforrások.²

A Magyar Diáksport Szövetség 2013-ban útnak indította az Testnevelés az Egészségfejlesztésben Stratégiai Intézkedések (T.E.S.I.) elnevezésű kiemelt projektjét, melynek fókuszába az egészségfejlesztés egyetlen eleme, a fizikai aktivitás került.^{iii,33} A projekt egyik kutatás-fejlesztési feladata az volt, hogy létrehozza a magyar iskolarendszerben egységesen működtethető, egészségközpontú fittség mérési, értékelési rendszerét. Az új fizikai fittség mérési rendszerben a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT) segítségével mérik fel a testnevelők a diákok fittségi állapotát az adott tanév meghatározott mérési időszakában.³⁴

Egy másik egészségmagatartáshoz - egészséges étkezés - kapcsolódóan több előremutató szabályozási lépés történt. A táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014 EMMI rendelettel,^{iv} illetve az iskolai büfék árukínálatát korlátozó 20/2012 EMMI rendelettel^v a jogalkotók célja az iskolások egészséges táplálkozási szokásainak elősegítése volt.³⁵

Ezen intézkedések mellett megjelentek az Európai Unió által finanszírozott, a lakosságra, a fiatalokra és kiemelten az iskolai egészségfejlesztésre fókuszáló programok is (TÁMOP 3.1-es és 6.1-es azonosító jelű konstrukciók és pályázatok). Az oktatási ágazat döntéshozói (ismét) felismerték az iskola kiemelkedő szerepét az egészségfejlesztésben, melyet a már említett a 20/2012 EMMI rendelet megalkotásával, valamint a TIE projekt megvalósításával kívántak elősegíteni.² Az elsősorban gyermekeket és pedagógusokat célzó projekt ugyan jelentős számban elérte a célcsoportokat és számukra hasznos egészségismeretet nyújtott, a komplex beavatkozások hiánya (az iskolát körülvevő környezet és a többi társadalmi szereplő bevonásának, és a motivációnak az elmaradása) miatt tartós pozitív irányú változást elérni nem volt képes. A projekt fenntartási kötelezettségének keretében létrejött az Iskola-Egészség Központ, melynek kiemelt feladata az iskolai egészségfejlesztési programok szakmai színvonalának, hatásosságának és megbízhatóságának emelése.³⁶

ⁱⁱ Például a Nemzeti Alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI.4.) Korm. rendelet továbbiakban: 110/2012. (VI.4.) Korm. Rendelet; a NAT és a kerettantervek kiadásának és jóváhagyásának rendjéről szóló 51/2012. (XII. 21.) számú EMMI rendelet.

ⁱⁱⁱ „A testnevelés új stratégiájának és a fizikai állapot új mérési rendszerének kialakítása és az önkéntes részvétel ösztönzése a komplex iskolai testmozgásprogramok szervezésében”

^{iv} 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet „tilos egyebek mellett a szénsavas vagy cukrozott üdítő, valamint a magas zsírtartalmú húskészítmények felhasználása. A közétkeztetésben nem tehetnek az asztalra só- és cukortartót, és előírták, hogy fokozatosan csökkenteni kell a napi bevitt só mennyiségét.”

^v 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról

Az egészséget támogató jogszabályi környezet ellenére, azok megvalósítási feltételeinek biztosítása többnyire elmarad. Emiatt szinte ellehetetlenül a rendelkezésekben foglaltaknak való maradéktalan megfelelés, alátámasztva a komplex stratégiák és beavatkozások hiányát, illetve azok hatását. A 2011. évi CXCV. nemzeti köznevelésről szóló törvényben előírt mindennapos testnevelés megfelelő minőségben történő megszervezését például számos iskola,

pusztán infrastrukturális korlátok miatt, nem képes megvalósítani. A mindennapos testnevelést az intézmények többségében a tornatermi férőhely hiánya akadályozza például, melyet nem külső sportlétesítmények használatával, hanem sok esetben szükségmegoldásokkal, például osztálytermi órákkal (20%), vagy egyéb, nem testnevelési célra kialakított, belső helyiségek használatával hidalnak át az egyes intézmények.³²

1. táblázat: Az iskolai egészségfejlesztés jelentősebb megközelítéseinek áttekintő táblázata

SHE (Európa, 2011)	TIE 4 alaptevékenység (Magyarország, 2012)	WSCC (USA, 2014)	TIE Koncepció (Magyarország, 2015)
1. Egyéni egészséggel kapcsolatos készségek és kompetenciák	1. Az egészségismeretek készség szintű elsajátításának elősegítése	1. Egészségnevelés	1. Ismeretátadás, készségfejlesztés ^{vi}
2. Egészséges iskola irányelv	2. Mindennapos testnevelés	2. Testnevelés és fizikai aktivitás	2. Átfogó fizikai aktivitás (Életmód, egészségmagatartás célterület keretében)
	3. Egészséges táplálkozás	3. Étkezési körülmények és szolgáltatások	3. Egészséges táplálkozás elősegítése (Életmód, egészségmagatartás célterület keretében) ^{vii}
3. Egészségügyi szolgáltatások	4. A gyermekek kiegyensúlyozott, érett személyiségfejlődésének (azaz lelki egészségének) elősegítése	4. Egészségügyi szolgáltatások	4. Egészség szolgáltatások (az egyes tanulókat támogató szolgáltatások)
		5. Tanácsadás, lelki és szociális szolgáltatások	3. Egyéni mentorálási funkció
4. Iskolai társas környezet		6. Társas és érzelmi légkör	5. Iskolai kultúra, pozitív légkör
5. Fizikai környezet		7. Fizikai környezet	6. Megfelelő fizikai környezet
		8. Dolgozók jól-léte	7. Iskolai dolgozók jól-léte
6. Közösségi kapcsolatok		9. Családok bevonása	8. Megfelelő családi környezet kialakítása
			9. Közösségi szerepvállalás
		10. Közösségek bevonása	10. Iskolán kívüli közösségek bevonása

Forrás: Saját szerkesztés

^{vi} A WSCC-megközelítés azonos pontjához hasonlóan, ebbe a pontba az ismeretátadáson túl a formális, strukturált egészségnevelés is beleértendő, amely az oktatás-nevelési tervek kombinációját tartalmazza (bővebben ld. TIE Koncepció, 2015. 55. o.).

^{vii} Tartalmazza a diákok számára a megfelelő étkezési időt és az étkezés megfelelő körülményeit, a mosdókon kívül ingyenes vízvételi lehetőséget, továbbá az iskolai büfékben (valamint az étel és ital automatákban) az egészséges étel- és italválasztás lehetőségét, ezzel is hozzájárulva az egészséges életmód kialakításához (bővebben ld. TIE Koncepció, 2015. 56. o.).

KÖVETKEZTETÉSEK

A bemutatott iskolai egészségfejlesztési megközelítésekről összefoglalóan elmondható, hogy alapvető szemléletmódbeli különbségek és lemaradás figyelhető meg az (iskolai) egészségfejlesztésben élenjáró országok és hazánk között. Nemzetközi szinten a szakpolitikai döntéshozásban is megjelenik a komplex rendszer szintű gondolkodás, az iskolát szintén komplex adaptív rendszer részeként értelmezik, valamint az iskolai egészségfejlesztést egy részvételen alapuló, koordinált, a helyi közösségbe ágyazva, integráltan, számos társadalmi szereplő bevonásával, több beavatkozási irányból megközelítve valósítják meg. Ezzel szemben hazánkban az egészségfejlesztés, az iskolai egészségfejlesztés is elszigetelt területként, az egészségügy peremterületére szorulva, különálló diszciplínaként jelenik meg. A jelenleg uralkodónak tekinthető itthoni szemlélet, az iskolai teljes körű egészségfejlesztés a gyakorlatban mindössze négy alaptévékenységet foglal magában.³⁷ [1. táblázat] A tevékenységek a problémában érintetteknek csupán egy szűk körét, a pedagógusokat, a gyermekeket és azok szüleit célozzák.

Az alábbi táblázat összefoglalja az egészségfejlesztés hazai és nemzetközi megközelítéseit, illetve annak célterületeit.

Habár Magyarországon számos előremutató iskolai egészségfejlesztést támogató kezdeményezés van, azonban ezek elszigetelt módon valósulnak meg, nélkülözve az egyes beavatkozások valódi rendszeres, interszektoriális összefonódását, egymásra épülését. Emellett további problémát jelent, hogy nincs törekvés az igazoltan hatásos, korszerű szemléletű beavatkozások kiválasztására és azok megvalósítására. Ezek helyett továbbra is kampányszerű, lényegében ismeretátadásra fókuszáló programok zajlanak.

Annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési beavatkozások hatásosan és eredményesen valósuljanak meg, alapvető szemléletmód váltásra van szükség. Ennek eléréséhez a népegészségügyi szakemberek és a pedagógusok képzésének olyan átalakítására van szükség, ami alkalmas a komplex szemléletmód kialakítására.

Egy 7544 egészségfejlesztést vizsgáló elemzés áttekintés arra enged következtetni, hogy a több elemből álló, komplex szemléletet tükröző iskolai beavatkozások, melyek tartalmazzák, pl. az iskolai irányel-

vek fejlesztését, a szülők bevonását, a helyi közösségekkel való együttműködést, hatékonyan bizonyulnak a szexuális egészség elősegítésében, az iskolai erőszak valamint a dohányzás megelőzésében. Ugyanakkor az említett területeken túl, számos beavatkozás, mint például az alkohol- és a droghasználat csökkentését célzó programok hatékonyságára vonatkozóan kevés a rendelkezésre álló bizonyíték.⁶ Ezért ezen programok kidolgozásakor a rendszer-szemléletű, komplex szemléletmód kialakítására kell törekedni.

Egy másik áttekintés szerzői éppen ezért azt ajánlják a CSH és a WSCC megközelítést [1. táblázat] alkalmazó iskolai egészségfejlesztést kutatóknak, hogy „fókuszáljanak a WSCC modell rendszer-tulajdonságára, ezen belül is a közösség szerepére.”⁴

Az új szemlélet és korszerű módszertan elsajátításával a szakemberek képesek lesznek kedvező irányba módosítani az egészségkultúrát a gyermekek körében, akik felnőve uralkodóvá teszik azt, ezáltal teremtve esélyt az „ördögi kör” megszakítására a jövőben.

A hazai iskolai egészségfejlesztést előíró jogi szabályozások folyamatos fejlesztése mellett kiemelt fontosságú lenne a megvalósítást biztosító források, valamint módszertani támogatás nyújtása.

A hatékonyan működő hazai iskolai egészségfejlesztés egy lehetséges irányát képezheti a közösségek szintjén történő beavatkozás, amelyre az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 152/B. §-ban szabályozott járási szintű egészségtervezés lehetőséget kínál.³⁸ A járási egészségtervezés – összhangban a magasabb szintű stratégiai dokumentumokkal – alkalmas lehet az iskola helyi közösségi rendszerbe integrálására, valamint a döntéshozók figyelmének felkeltésére egyaránt. A járási egészségtervezés alapot teremt a helyi kulcsszereplők együttműködési lehetőségének biztosítására, a korábban bemutatott hatásháló modelljében ábrázoltakhoz hasonlóan. [4. ábra] Emellett mozgósítja az erőforrásokat a helyi közösség, az önkormányzat, a helyi államigazgatási szervek, a civil szervezetek és egyének körében és szinkronizálja tevékenységeiket. A járási egészségtervezés megvalósulása hosszú távon hozzájárulhat a járás lakosságának – ezen belül pedig az iskolás korúak – egészségi állapot javulásához, valamint a fennálló egészségbeli egyenlőtlenségek csökkentéséhez.³⁹ Az egészségtervezési folyamat kulcsszereplői lehetnek a továbbiakban az Egészségfej-

lesztési Irodák, valamint a Községi Egészségtervezési Irodák.⁴⁰ A fenti elképzelést támogatja a 2016-ban megrendezett Shanghai konferencia megállapítása is, amelyben kimondják, a helyi szintű kezdeményezések hatásosan működnek, és a közösségek,

a városok az egészség különösen fontos helyszínei.⁴¹

- ¹ Varsányi P, Vitrai J. (szerk.) Egészségjelentés 2016 - Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2017. (Megjelenés alatt)
- ² Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015. <http://projektek.egeszseg.hu/documents/17618/2222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+Iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s+Konceptio%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe?version=1.0> (Elérve: 2017.01.28.)
- ³ David V. McQueen; Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promot Int* 2001; 16 (3): 261-268. doi: 10.1093/heapro/16.3.261
- ⁴ Raspberry CN, Slade S, Lohrmann DK, Valois RF. Lessons learned from the whole child and coordinated school health approaches. *J Sch Health*. 2015; 85: 759-765.
- ⁵ Brian R. Flay, D. Phil. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs *Preventive Medicine* Volume 15, Issue 5, September 1986, Pages 451-474.
- ⁶ N. Shackleton et al. School-Based Interventions Going Beyond Health Education to Promote Adolescent Health: Systematic Review of Reviews *Journal of Adolescent Health* 58 (2016) 382e396 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/27013271> (Elérve: 2017.03.11.)
- ⁷ Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011; 6: 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
- ⁸ Kimmel Zs, Vitrai J. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány, IIX. Évfolyam*, 2015. 3. szám
- ⁹ Davies, SC, Winpenny E, Ball S, Fowler T, Rubin J, Nolte E. (2014) For Debate: A New Wave in Public Health Improvement. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(13)62341-7.
- ¹⁰ Hruschka, DJ, Hadley C. 2008. A Glossary of Culture in Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (11): 947–951. doi:10.1136/jech.2008.076729.
- ¹¹ Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J. (2015) Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben - Szakirodalmi áttekintés *Egészségfejlesztés* LVI. évf. 2015. 5-6. szám
- ¹² Guy Rocher, *Introduction à la sociologie générale*, Tome 1, 1969.
- ¹³ Csizmadia Péter, Dr. Varsányi Péter, Ferencz Mihály, Vitrai József PhD Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló *Egészségfejlesztés*, 2014;5-6:10-14
- ¹⁴ Hawkes, C. et al. Smart food policies for obesity prevention, *The Lancet* 2015, published online Feb19.
- ¹⁵ McIsaac J. D., Hernandez KJ, Kirk SF, Curran JA. (2016) Interventions to Support System-level Implementation of Health Promoting Schools: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Feb 6;13(2):200. doi: 10.3390/ijerph13020200. Review. PubMed PMID: 26861376, PMCID: PMC4772220
- ¹⁶ Keshavarz N, Nutbeam D, Rowling L, Khavarpour F. Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Soc Sci Med*. 2010 May;70(10):1467-74. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.034. Epub 2010 Feb 12.
- ¹⁷ Gleddie D. (2012) A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach. *Health Promot Int*. 2012 Mar;27(1):82-9. doi: 10.1093/heapro/dar053. PubMed PMID: 21903687
- ¹⁸ Gluckman P, Nishtar S, Armstrong T. Ending childhood obesity: a multidimensional challenge. *Lancet*. 2015 Mar 21;385(9973):1048-50. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60509-8.
- ¹⁹ Matheson A. Perspectives Reducing social inequalities in obesity: complexity and power relationships *Journal of Public Health* | Vol. 38, No. 4, pp. 826–829 doi:10.1093/pubmed/fdv197
- ²⁰ Better Schools through Health, the Third European Conference on Health Promoting Schools, Vilnius Resolution, 2009. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf (Elérve: 2017.01.28.)
- ²¹ SHE strategic plan 2013-2016. SHE assembly meeting on 10 October 2013.

- ²² Langford R, et al The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD008958. DOI: 10.1002/14651858.CD008958.pub2.
- ²³ Whole school, whole community, whole child; ASC D, CDC, 2014. <http://www.cdc.gov/healthyyouth/wsc/> (Elérve: 2017.01.28.)
- ²⁴ Carey G, Malbon E, Carey N, et al Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. BMJOpen 2015; 5:e009002. doi:10.1136/bmjopen-2015-009002
- ²⁵ Mária Terézia Ratio Educatio, I. Fejezet. A tanulóifjúság egészségi állapotának gondozása CXXII §. A tanulóifjúság egészségi állapotát illető rendtartási intézkedésről általában (1777).
- ²⁶ Meleg Cs: Életminőség: egészségmegőrzés és egészségfejlesztés Új Pedagógiai Szemle, 1997. június <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00006/1997-06-mh-Meleg-Eletminoseg.html> (Elérve: 2017.01.28.)
- ²⁷ Soósné Faragó M. Az idő és az egészség Új Pedagógiai Szemle, 2005. június <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00093/2005-06-ta-Soosne-Ido.html> (Elérve: 2017.01.28.)
- ²⁸ Paksi B., Felvinczi K, Schmidt A: Prevenációs, egészségfejlesztési tevékenység a közoktatásban. 2004. <http://www.nefmi.gov.hu/2005/prevenacios-tevenyseg> (Elérve: 2017.01.28.)
- ²⁹ Kaposvári K: Az iskolai egészségnevelési és környezetnevelési programok megvalósulása http://www.ogyei.hu/anyagok/ISKOLAEGESZSEGUGYI_FELMERES.pdf (Elérve: 2017.03.11.)
- ³⁰ Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság weboldala <http://www.fjit.hu/bemutakozas.php> (Elérve: 2017.01.28.)
- ³¹ Deutsch K: Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében Új pedagógiai szemle - 61. évf. 1-5. sz. (2011.) http://epa.oszk.hu/00000/00035/00145/pdf/EPA00035_upsz_2011_01-05.pdf (Elérve: 2017.03.11.)
- ³² Iskolai Egészségkultúra felmérés - kutatási jelentés, GfK (2015.) http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-iskolai-egeszseges-eletmod-kutatas-es-felmeres/ (Elérve: 2017.02.19.)
- ³³ Magyar Diáksport Szövetség weboldala – TESI projekt bemutatása <http://www.mdsz.hu/tesi/> (Elérve: 2017.03.16.)
- ³⁴ Magyar Diáksport Szövetség weboldala – NETFIT áttekintés <http://www.mdsz.hu/netfit/netfit-attekintes/> (Elérve: 2017.03.16.)
- ³⁵ Ajánlás az iskolai büfék korszerű táplálkozásba illeszkedő választékának kialakításához, OÉTI, 2005.
- ³⁶ NEFI weboldala http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szervezeti-egysegek,egeszsegfejlesztési-igazgatosag/iskola-egeszseg-kozpont/ (Elérve: 2017.02.1.)
- ³⁷ Somhegyi A. (2012): A teljes körű iskolai egészségfejlesztés országos megvalósítását elősegítő elemek a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV törvényben Népegészségügy/90. évfolyam 3. szám [http://www.lefnet.hu/resources/userfiles/K%C3%B6znev%20tv%20%C3%A9s%20eg-fejleszt%C3%A9s%C3%A9g%C3%BCgy%202012-12-10-09.pdf](http://www.lefnet.hu/resources/userfiles/K%C3%B6znev%20tv%20%C3%A9s%20eg-fejleszt%C3%A9s%C3%A9s%C3%A9g%C3%BCgy%202012-12-10-09.pdf) (Elérve: 2017.03.11.)
- ³⁸ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 152/B. § „a járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan” https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV (Elérve: 2017.02.19.)
- ³⁹ Bezzegh P, Vitrai J. Útmutató a járási/kerületi egészségterv elkészítéséhez, NEFI, 2016.
- ⁴⁰ Túri G, Vitrai J. A közösségi egészségtervezés módszertana IME XIV. évf. 3. szám 2015. április http://www.imeonline.hu/article.php?article=2015_XIV_3_a_kozoszegi_egeszsegtervezes_modszertana# (Elérve: 2017.03.11.)
- ⁴¹ Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1> (Elérve: 2017.02.19.)

A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei

Up-to-date guidelines and possibilities of allergy prevention in Infancy

Szerzők: Réthy Lajos Attila ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2017.01.31.

doi: 10.24365/ef.v58i1.134

Kulcsszavak: allergiahajlam, csecsemőkor, primer prevenció, nemzetközi ajánlások

Keywords: allergy-susceptibility, infant-age, primary-prevention, international recommendations

Az allergiás betegségek előfordulási gyakorisága átlagosan 20-30 % körülivé vált a „nyugatias” életmód, a jobb higiénés körülmények terjedésével. Jelen áttekintés a prevencióban szerepet játszó, nemzetközileg elfogadott irányelveket, valamint a megelőzés egyéb potenciális lehetőségeit foglalja össze.

KORAI PRIMER ALLERGIA-PREVENCIÓ

A primer allergia-prevenció elveivel kapcsolatban az elmúlt évtizedekben több nemzetközi ajánlás is született, főként európai és amerikai szakmai szervezetektől.

2008-ban az *American Academy of Pediatrics (AAP)*, az *European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)* és az *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)* egyidőben publikálta újabb, evidencia-alapú állásfoglalását az allergiás állapotok korai megelőzésével kapcsolatos diétás irányelvekről.^{1,2,3} Ezeket az irányelveket lényegében megerősítették a friss, 2013-2014-es nemzetközi ajánlások is: *American Academy of Allergy Asthma and Immunology (AAAAI)* és EAACI.^{4,5}

A primer allergia megelőzéssel foglalkozó nemzetközi állásfoglalások a következő témaköröket érintik:

1. Allergénkerülő anyai diéta kérdése a várandósság és a szoptatás alatt
2. A kizárólagos szoptatás allergia-megelőzés szempontjából javasolt időtartama
3. A hozzátáplálás időzítése, módja
4. Megelőző tápszerek kérdésköre

AZ ÚJ AJÁNLÁSOK RÉSZLETEI

1. Allergénkerülő anyai diéta kérdése a várandósság és a szoptatás alatt

A *Cochrane* adatbázis meta-analízisei, valamint számos további megjelent klinikai tanulmány szerint a várandósság, illetve a szoptatás alatti (anyai) allergén-kerülő diéta nem mutat igazolható allergia-megelőző hatást az utódokban.^{1,2,3,4,5} Ráadásul az allergén hatásának tartott élelmiszerek (pl. tojás, tej, szója, földimogyoró, egyéb olajos magvak, halak-rákok stb.) kerülése a kiegyensúlyozott

tápanyag-ellátást is veszélyezteti mind az anyában, mind a magzatban illetve a csecsemőben. Például a tengeri halak húzában található hosszú szénláncú telítetlen zsírsavak (LC-PUFA = *long-chain-polyunsaturated fatty acid*), alapvető szerepet játszanak az idegrendszer fejlődésében.⁶

2. A szoptatás szerepe az atopiás - allergiás állapotok prevenciójában

Kizárólagos szoptatással a csecsemő/kisdedkori *atopiás dermatitisz* (allergiás ekcéma) és táplálékallergiák kialakulási kockázata bizonyíthatóan csökkenthető, amihez legalább 4 hónap kizárólagos/teljes szoptatás szükséges. Ugyanakkor természetesen minden gyermeknél célszerű törekedni az Egészségügyi világszervezet (WHO) által ajánlott 6 hónap körüli kizárólagos szoptatásra.^{1,2,3,4,5,7}

3. A hozzátáplálás időzítése, módja

A régebbi állásfoglalások egyöntetűen a késleltetett bevezetést javasolták a potenciálisan szenzibilizáló allergénekkal kapcsolatban (pl. a tehéntej, tojás, hal, szója, földimogyoró/magvak stb.). Ezzel szemben a 2008 óta megjelent nemzetközi állásfoglalások a rendelkezésre álló meta-analízisek kiértékelése alapján nem találtak olyan evidenciákat, meggyőző bizonyítékokat, amelyek a késleltetett bevezetés jogosultságát támasztanák alá. Ellenkezőleg, a késleltetett bevezetés fokozhatja a táplálékallergiák/atopiás állapotok kialakulásának kockázatát, főként az immunológiai tolerancia kialakulásának elmaradása miatt. Citrusfélék és olyan zöldségek bevezetését, amelyek fogyasztása néha a csecsemőkben átmeneti, periorális „rash” (száj körüli bőrkiütés) kialakulását eredményezik egyéb kísérő tünet nélkül, szintén nem indokolt késleltetni, mert komolyabb veszélyt ez önmagában nem jelent. A periorális rash egy ártalmatlan bőrjelenség, amit nem tartanak allergiának, inkább a bőrön keresztül is kiválasztódó illóolajok irritatív hatásával magyarázzák.⁴ A fokozottan allergizálónak tartott földimogyoró bevezetésével kapcsolatban azonban 2015-ig az ajánlások nem foglaltak állást egyértelműen.

3.1. Földimogyoró bevezetés, LEAP study („Learning Early About Peanut Allergy”-tanulmány)

A földimogyoróval kapcsolatban alapjaiban változtatja meg a bevezetési ajánlásokat, a hat éve elkezdett, prospektív, randomizált LEAP vizsgálat Nagy Britanniából.⁸ A kutatás előzményét az a megfigyelés adta, hogy Izraelben, ahol az anyák már gyakran 4 hónapos kortól alkalmazták hozzátáplálásra kis mennyiségben földimogyorókrémet, jóval ritkább a földimogyoró-allergia előfordulása.⁸

A LEAP vizsgálat kezdetén random módon 2 csoportba osztottak 640 olyan csecsemőt (életkori megoszlás beválasztáskor: minimum 4 hónapos, de 11 hónaposnál fiatalabb), akik földimogyoró-allergia kialakulása szempontjából magasabb kockázatúak voltak (súlyos ekcéma és/vagy előzetesen kialakult tojás allergia miatt).

Az 5 éves nyomon követés során a két csoport egyikenél korán (4-11 hónapos kor között) bevezették a földimogyorót és azt 60 hónapig adták, a másik csoport 60 hónapig nem kapott földimogyorót.

Földimogyoró-allergia prevalencia a földimogyoró kerülő csoportban 60 hónap múlva 17,2% volt, ugyanez abban a csoportban ahol a földimogyorót 4-11 hónapos kor között bevezették, 3,2% volt.

A földimogyoró-allergia kialakulása akkor is hatékonyabban visszafordítható volt a földimogyorót korai időponttól fogyasztók csoportjában, ha már megjelentek az allergia kialakulást megelőző laboratóriumi eltérések (szenzibilizáció). Tehát a földimogyoró korai bevezetése nemcsak a fokozott kockázatnak kitett csecsemőkben volt hatékony, hanem azoknál is, akik már mutatták az allergia kialakulást megelőző laborjeleket (szenzibilizáció).

Mivel a LEAP tanulmány szerint a földimogyoró korai bevezetése drámaian csökkentette a földimogyoró-allergia kialakulásának kockázatát (mintegy 70-80%-kal!), ezért egyöntetű a szakmai vélemény: változtatni kell az ajánlásokon a földimogyoró vonatkozásában is. Fontos gyakorlati szempont még, hogy a földimogyoró bevezetése csecsemőknél csakis krém formában jöhet szóba, mivel 3 éves kor alatt a gyermekek a darabos formát légszöbe szippanthatják, ami fulladást eredményezhet!

3.2 Glutén

Hasonlóan más allergizálónak tartott fehérjéhez, a búzafehérjével kapcsolatban is az egy éves kor előtti bevezetés ajánlására jutottak a nemzetközi szervezetek állásfoglalásukban. A gluténtartalmú táplálékok bevezetésének időzítése a *coeliakia* (lisztérzékenység), illetve az I. típusú cukorbetegség (T1DM) megelőzése miatt is lényeges kérdés.

Főként az 1985-1995 között zajlott svédországi coeliakia-járvány tapasztalataiból kiindulva javasolták 2008 óta az ajánlások a glutén kis, „immunterápiás” adagban történő bevezetését coeliakia-megelőzés céljából a szoptatás mellett, a 4. és a 6. hónap között.^{1,2,3,4,5} Az immunterápiás adag célja nem a kalorizálás, hanem az idegen fehérje (glutén) megismertetése az immunrendszerrel („hozzászoktatás”). A nemzetközileg elfogadott irányelveknek megfelelően született meg a 2009-ben a magyarországi szakmai ajánlás is ebben a kérdésben.^{1,2,3,9}

A coeliakia-megelőzéssel kapcsolatos állásfoglalások érvényességét egyelőre nem befolyásolja, hogy a 2013-ig publikált meta-analízisek, nagy esetszámú prospektív kohorsz-vizsgálatok megerősítő eredményeivel szemben, a 2014-ben publikált *Prevent-CD* multicentrikus vizsgálat (melynek során csecsemők random kaptak glutént, illetve placebót) nem igazolta a 6. hónapban adott glutén preventív hatását coeliakia vonatkozásában.^{10,11,12,13,14}

A Prevent CD study szerzői is óvatosságra intenek eredményeik interpretálása kapcsán. Újabb következtetések levonásához további vizsgálatok szükségesek, mind a coeliakia, mind az I. típusú cukorbetegség, mind a búzaallergia vonatkozásában. Ráadásul a legújabb molekuláris (komponens alapú) allergiavizsgálatok megerősítették, hogy búzaallergia egyik, életveszélyt is magában hordozó altípusa, az omega-5 gliadin allergia áll a háttérben a búzafergőzést követő, fizikai terhelésre jelentkező *anafilaxiának* (életveszélyes azonnali allergiás reakció).¹⁵ Ennek a megelőzéséhez is szükséges a glutén kellő időben történő bevezetése 1 éves kor előtt, ahogyan azt az EAACI ide vonatkozó ajánlása tartalmazza.¹⁶ 1 éves kor előtti (de legkorábban 4 hónapos korban megkezdett) glutén bevezetést javasol a legutóbbi, coeliakia megelőzésével foglalkozó ESPGHAN ajánlás is.¹⁷

4. A megelőzésben alkalmazott speciális tápszerek kérdésköre.

A megelőzésben javasolt tápszerek főként magas allergiakockázatú csecsemőknek ajánlhatóak.

A témakör tárgyalása előtt tekintsük át, mi hajlamosíthat magas allergiakockázatra csecsemőkorban.

4.1. Fokozott allergiakockázat, hajlamosító tényezők

Az allergiák kialakulásuk szerint komplex betegségek, amelyek manifesztálódása genetikai és környezeti hatások függvénye. Utóbbiak befolyásolhatók, így szerepük a primer prevencióban hangsúlyos.¹⁸

Korai hajlamosító tényező lehet, pl. a korai antigén-inger hiánya, amilyen a császármetszés, az anyatejes táplálás elmaradása, a széles spektrumú antibiotikum előkezelés (főként a korai probiotikus antigén-inger hiánya révén), illetve a táplálék-allergének késleltetett bevezetése.

Császármetszéssel született csecsemőkben alacsonyabb a bélflóra diverzitása, a kora csecsemőkorra jellemző bifidus flóra nem is alakul ki megfelelően.¹⁹ Mindezek következményei lehetnek az ilyenkor gyakrabban társuló allergiás tünetek. Megnő a csecsemő-kisdedkori atopiás bőrtünetek és táplálékallergiák kockázata, utóbbiak elhúzódóbbak is lehetnek.²⁰ Más vizsgálatok az asztma- és *allergiás rhinitis* (szénanátha) kialakulási kockázatának fokozódását is igazolták.²¹ A fokozott általános allergiakockázat növekedése mellett az *obesitás* (elhízás), az I. típusú cukorbetegség illetve a coeliakia kialakulási kockázata is fokozódik több mint 20%-kal, a császármetszéssel születetteknél.^{22,23,24}

4.2. A megelőzésben alkalmazott tápszerek kérdésköre

A tehéntej-alapú tápszerek allergizáló hatását a gyártók a tápszerek fehérje-tartalmának különböző fokú *hidrolizálásával*, azaz kisebb, kevésbé allergizáló molekulákra történő hasítással próbálták csökkenteni illetve kiküszöbölni.

A régebbi állásfoglalások sokáig nem adtak egyértelmű választ azzal kapcsolatban, hogy az igen nagy mértékben (*extenziven*) hidrolizált tápszerek alkal-

masabbak-e az allergia megelőzésére, mint a részlegesen hidrolizált tápszerek.

A von Berg és mtsai által 2003-ban majd 2007-óta folyamatosan publikált németországi randomizált, kettős vak követéses „GINI” Study valamint egy 2006-os Cochrane analízis kapcsán a későbbi, azaz 2008 utáni nemzetközi állásfoglalások arra a megállapításra jutottak, hogy a hidrolízissel csökkentett tehéntej fehérje-allergéntartalom mindkét esetben alkalmas lehet a csecsemő-kisgyermekkorai allergiás ekcéma/atopiás dermatitis megelőzésére.^{25,26,27,28} A 2010-es meta-analízisek evidencia szinten igazolták a parciálisan hidrolizált savó alapú tápszer preventív hatását.^{29,30} Utóbbit elfogadta a 2013-as AAAAI állásfoglalás és az EAACI 2014 es ajánlás is.^{5,16,31}

Szakemberek felhívják a figyelmet hogy a preventív céljal készülő, különböző fokban hidrolizált tápszerek preventív hatása eltérő, mivel a preventív hatás nem a hidrolizáltsági foktól függ, hanem a hidrolizálással nyert új molekulák eltérő immunológiai hatásától. Ezért a különböző hidrolizátumok hatását nem szabad együtt vizsgálni metaanalízisekben, mindegyik hatását külön-külön is meg kell nézni.³²

Mind az új európai, mind az új amerikai állásfoglalások elvetették a szója alapú tápszerek alkalmazását az allergia megelőzésében, tekintettel a tehéntej fehérjéi és a szójafehérjék közötti keresztallergia lehetőségére. Az aminosav alapú tápszerek allergia-megelőző hatásáról jelenleg nem áll rendelkezésre megfelelő számú vizsgálat, ezért ebben a témában egyik nemzetközi szervezet sem foglalt érdemben állást.

CIVILIZÁCIÓS BETEGSÉGEK PRIMER PREVENCIÓJA, AZ ELSŐ 1000 NAP KIEMELT JELENTŐSÉGE

Az allergiás megbetegedések mellett, az egyéb „nem fertőző” (másképpen civilizációs) betegségek is egyre korábbi életkorokban kezdődnek. Például gyermekeink 20-25%-a lesz túlsúlyos és/vagy allergiás a felnőttkor küszöbére. E civilizációs betegségek a felnőttkori morbiditási, mortalitási mutatóiban már kiemelkedő szereppel bírnak. Az allergiás betegségek emellett gyakoribbak elhízottak körében, és ez fordítva is igaz. Mindezek megelőzésében

a várandósságtól a kisdedkorig terjedő első 1000 nap döntő jelentőségű, részben az életmód miatt. A legfontosabb tényezők: az anyai táplálkozás, a dohányzás, a születés módja, az anyatejes táplálás időtartama, a hozzátáplálás módja, a korai antibiotikus kezelések. Mindezek a környezeti hatások - részben epigenetikai úton - évtizedekre „beprogramozzák” a civilizációs ártalmak megjelenésének mértékét, idejét.¹⁸ Allergiák (és egyéb civilizációs betegségek, pl. obesitas, diabétesz, kardiovaszkuláris betegségek) kialakulása szempontjából fokozott kockázatot jelenthet tehát:

1. Családi genetikai hajlam öröklődése (szülő és /vagy testvér ismert betegsége)
2. Császármetszéssel születés
3. Koraszülés
4. A bélflórát kipurisztító antibiotikus előkezelés csecsemőkorban
5. Legalább 4 hónapos kizárólagos szoptatás (anyatej) elmaradása
6. Táplálkozási allergének késleltetett bevezetése (pl. glutén, mogyoró, tej, tojás allergének késői bevezetése) a táplálékallergiák kockázatát fokozza
7. Dohányzás

„SZAKMAI ÖSSZEFOGÁS A GYERMEKEK EGÉSZSÉGÉÉRT” KEZDEMÉNYEZÉS

2015-ben öt alapító szakmai szervezet létrehozta a „Szakmai összefogás a gyermekek egészségéért” kezdeményezést. Az alapító szervezetek: Magyar Gyermekorvosok Társasága, Magyar Gyermekgastroenterológiai Társaság, Házi Gyermekorvosok Egyesülete, Magyar Védőnők Egyesülete, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) Gyermekegészségügyi Igazgatósága. A kezdeményezés oka, szakmai háttér biztosítása a korai preventív elvek országos bevezetése céljából, a szakmai szervezetek, a laikusok, a családok, az oktatók és a döntéshozók szakmai támogatása.³³

Konklúzió: korai antigén-ingerek megfelelő biztosításával a civilizációs betegségek kialakulási kockázata jelentősen csökkenthető. Lényeges a fokozott kockázati csoportok azonosítása, illetve a kockázattal növelő környezeti tényezők kiküszöbölése/minima-

lizálása, valamint egyéb védő/provokáló faktorok szerepének tisztázása. Mivel a környezeti tényezők könnyen befolyásolhatók, fontos a fenti ismeretek átadása, és az ezeknek megfelelő életmódbeli ajánlások átvétele. Az ajánlások - várandósságtól, a születés utáni időszakig (az „első 1000 nap” során) tör-


tendő - alkalmazása alapvető segítséget nyújthat az allergiakockázat, illetve tágabb értelemben a civilizációs betegségek primer kockázat-csökkentésében hosszabb távon is mind egyéni, mind népegészségügyi szempontból.

-
- ¹ Sicherer SH, Burks AW. Maternal and infant diets for prevention of allergic diseases: Understanding menu changes in 2008. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;122(1):29-33. doi:10.1016/j.jaci.2008.05.019.
- ² Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics.* 2008;121(1):183-191. doi:10.1542/peds.2007-3022.
- ³ Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46(1):99-110. doi:10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd.
- ⁴ Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2013;1(1):29-36. doi:10.1016/j.jaip.2012.09.003.
- ⁵ de Silva D, Geromi M, Halken S, et al. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy.* 2014;69(5):581-589. doi:10.1111/all.12334.
- ⁶ Kramer MS, Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9:CD000133. doi:10.1002/14651858.CD000133.pub3.
- ⁷ Muraro A, Dreborg S, Halken S, et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* 2004;15(4):291-307. doi:10.1111/j.1399-3038.2004.00127.x.
- ⁸ Du Toit G, Roberts G, Sayre PH, et al. Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *N Engl J Med.* 2015;372(9):803-813. doi:10.1056/NEJMoa1414850.
- ⁹ Az Egészségügyi Minisztérium Szakmai Protokollja Az Egészséges Csecsemő Táplálásáról. Hivatalos Értesítő.
- ¹⁰ Szajewska H, Chmielewska A, Pieścik-Lech M, et al. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;36(7):607-618. doi:10.1111/apt.12023.
- ¹¹ Henriksson C, Boström A-M, Wiklund IE. What effect does breastfeeding have on coeliac disease? A systematic review update. *Evid Based Med.* 2013;18(3):98-103. doi:10.1136/eb-2012-100607.
- ¹² Ivarsson A, Myléus A, Norström F, et al. Prevalence of childhood celiac disease and changes in infant feeding. *Pediatrics.* 2013;131(3):e687-e694. doi:10.1542/peds.2012-1015.
- ¹³ Størdal K, White RA, Eggesbø M. Early feeding and risk of celiac disease in a prospective birth cohort. *Pediatrics.* 2013;132(5):e1202-e1209. doi:10.1542/peds.2013-1752.
- ¹⁴ Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med.* 2014;371(14):1304-1315. doi:10.1056/NEJMoa1404172.
- ¹⁵ Matricardi PM, Kleine-Tebbe J, Hoffmann HJ, et al. EAACI Molecular Allergology User's Guide. *Pediatr Allergy Immunol.* 2016;27:1-250. doi:10.1111/pai.12563.
- ¹⁶ Muraro A, Halken S, Arshad SH, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy.* 2014;69(5):590-601. doi:10.1111/all.12398.
- ¹⁷ Szajewska H, Shamir R, Mearin L, et al. Gluten Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(3):507-513. doi:10.1097/MPG.0000000000001105.
- ¹⁸ Réthy Lajos Attila. Civilizációs betegségek megelőzési lehetőségei csecsemőkorban. (Böszörményi Nagy Klára, ed.). Budapest: SpringMed Kiadó; 2011.
- ¹⁹ Biasucci G, Rubini M, Riboni S, Morelli L, Bessi E, Retetangos C. Mode of delivery affects the bacterial community in the newborn gut. *Early Hum Dev.* 2010;86 Suppl 1:13-15. doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.01.004.
- ²⁰ Eggesbø M, Botten G, Stigum H, Nafstad P, Magnus P. Is delivery by cesarean section a risk factor for food allergy? *J Allergy Clin Immunol.* 2003;112(2):420-426. doi:10.1067/mai.2003.1610.

- ²¹ Bager P, Wohlfahrt J, Westergaard T. Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. 2008;38(4):634-642. doi:10.1111/j.1365-2222.2008.02939.x.
- ²² Kuhle S, Tong OS, Woolcott CG. Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. March 2015. doi:10.1111/obr.12267.
- ²³ Cardwell CR, Stene LC, Joner G, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*. 2008;51(5):726-735. doi:10.1007/s00125-008-0941-z.
- ²⁴ Decker E, Engelmann G, Findeisen A, et al. Cesarean Delivery Is Associated With Celiac Disease but Not Inflammatory Bowel Disease in Children. *Pediatrics*. 2010;125(6):e1433-e1440. doi:10.1542/peds.2009-2260.
- ²⁵ von Berg A, Koletzko S, Filipiak-Pittroff B, et al. Certain hydrolyzed formulas reduce the incidence of atopic dermatitis but not that of asthma: three-year results of the German Infant Nutritional Intervention Study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;119(3):718-725. doi:10.1016/j.jaci.2006.11.017.
- ²⁶ von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Krämer U, et al. Allergies in high-risk schoolchildren after early intervention with cow's milk protein hydrolysates: 10-year results from the German Infant Nutritional Intervention (GINI) study. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;131(6):1565-1573. doi:10.1016/j.jaci.2013.01.006.
- ²⁷ von Berg A, Filipiak-Pittroff B, Schulz H, et al. Allergic manifestation 15 years after early intervention with hydrolyzed formulas--the GINI Study. *Allergy*. 2016;71(2):210-219. doi:10.1111/all.12790.
- ²⁸ Osborn DA, Sinn J. Formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003664. doi:10.1002/14651858.CD003664.pub3.
- ²⁹ Szajewska H, Horvath A. Meta-analysis of the evidence for a partially hydrolyzed 100% whey formula for the prevention of allergic diseases. *Curr Med Res Opin*. 2010;26(2):423-437. doi:10.1185/03007990903510317.
- ³⁰ Alexander DD, Cabana MD. Partially hydrolyzed 100% whey protein infant formula and reduced risk of atopic dermatitis: a meta-analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;50(4):422-430. doi:10.1097/MPG.0b013e3181cea52b.
- ³¹ Fleischer DM, Spergel JM, Assa'ad AH, Pongracic JA. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2013;1(1):29-36. doi:10.1016/j.jaip.2012.09.003.
- ³² H. Szajewska: Hydrolyzed formulas for allergy prevention. Why meta-analyses may reach different conclusions? World Congress paediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition, Montreal 2016 <http://www.wcpghan2016>.
- ³³ <http://www.hgye.hu/hirek/szakmai-osszefogas-a-gyermekek-egeszsegeert/> (Elérve: 2017.03.01.)

E3 – Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak

E3 – Energy Balance Health Program for Students

Szerzők: Kubányi Jolán ^a, Breitenbach Zita,^b Raposa L. Bence,^b Szabó Zoltán^b

a: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, b: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Beküldve: 2017.01.24.

doi: 10.24365/ef.v58i1.146

Kulcsszavak: E3, egyetemisták, táplálkozás, testösszetétel, dietetikus

Keywords: E3, college students, nutrition, body composition, dietitian

BEVEZETÉS

A túlsúly és az elhízás világjelenség, amely alól hazánk sem kivétel. Az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) 2014-es OTÁPⁱ felmérése szerint a magyar felnőtt lakosság csaknem kétharmada, egész pontosan 65%-a túlsúlyos vagy elhízott, amelynek mértéke az életkor előrehaladtával tovább növekszik.¹ A testtömeg megtartásának alapja az energia-egyensúly, vagyis az ételekkel és az italokkal elfogyasztott és a mozgással felhasznált energiamennyiség közötti harmónia. Fontos, hogy ennek jelentősége beépüljön a fiatalok szemléletébe, mert az életmód és a táplálkozási szokások jó részét gyermek- és fiatal felnőttkorban alakulnak ki.^{2,3} Ebből a szempontból az egyik leghangúlyosabb életszakasz éppen az egyetemista kor, amely az ember életének több szempontból is meghatározó korszaka. A 18. életévet követően jellemzően a 20-as évek végéig tartó időszakban a szakmai ismeretek megszerzése és a tudásanyag bővítése mellett ilyenkor van lehetőség arra is, hogy a hallgatók egyéb, társadalmi szempontból is jelentős tájékozottságra tegyenek szert. Az utóbbinak része az egészségtudatosság és a megfelelő táplálkozási szokások kialakulása is. A táplálkozási ismeretek felvilágosítómunka és tanácsadás igénybevételével bővíthetők, s ennek fontos szerepe van a későbbi élet-

korban kialakuló civilizációs betegségek kockázatának csökkentésében, azaz a prevencióban.

ANYAG ÉS MÓDSZER

Az „E3 – Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak” elnevezésű projekt keretében a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) három hazai egyetemmel (Budapesti Corvinus Egyetem Élelmiszer-tudományi Kar, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar) együttműködve átfogó módon mérte fel a hallgatók testösszetételét, valamint táplálkozási és egyéb életmódbeli szokásait, előadásokat és személyes tanácsadásokat szerveztek, az egészséges táplálkozást és életmódot népszerűsítették az egyetemisták körében.

A program 2012 őszén indult és 2015 szeptemberében fejeződött be. Az E3-programban több mint ötezer egyetemista adatait rögzítették a közreműködő dietetikusok, táplálkozástudományi szakemberek. A résztvevők hallgatói rendezvényeken (egyetemi napok, fesztiválok, táborok, sportesemények) és térítésmentesen igénybe vehető egyéni vagy csoportos tanácsadás formájában kerülhettek be az E3-programba. A felmérések alkalmával az

ⁱ OTÁP = Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat

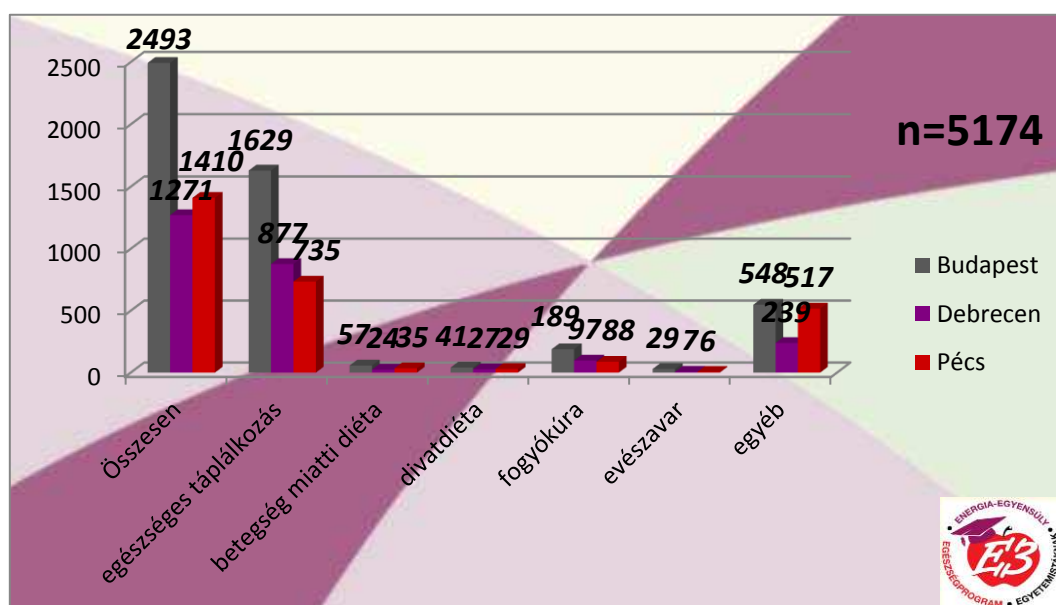
antropometriai, testösszetételei adatokat klinikailag validált eszközökkel rögzítették a szakemberek.⁴ Mind a méréseket, mind a tanácsadásokat egy saját szerkesztésű kérdőív kitöltése is kiegészítette, amelyben táplálkozási és egyéb életmódbeli tényezők kerültek rögzítésre anonim módon.

EREDMÉNYEK

A programban a három egyetemen összesen több mint ötezer hallgató felmérése történt meg (n = 5174). A hallgatók zöme, 2493 fő Budapesten foly-

tatta tanulmányait, míg Pécsen 1410 fő, Debrecenben 1271 fő adatait sikerült összesíteni. A nemek szerinti megoszlásból egyértelműen kiderül, hogy a nők (59,4%) képviseltették magukat nagyobb számban. A megkérdezettek többsége (63%) az egészséges táplálkozás felől érdeklődött a tanácsadásokon, míg második leggyakoribb oknak az „egyéb” kategóriát jelölték meg a hallgatók. Fogyókúra és divatdiéta kapcsán összesen 477-en jelentkeztek, míg valamilyen konkrét betegség, vagy önbevallás alapján evészavarból kifolyólag 158 fő vett részt a tanácsadásokon.[1. ábra]

1. ábra: Mi célból kereste fel a tanácsadást?



Forrás: MDSZ – E3 program

A legfiatalabb egyetemista 18, míg a legidősebb 42 éves volt. A résztvevők zöme a húszas éveinek elején járt a felmérés időszakában. A mért testmagasságból és testtömegeből számított arányszám a BMIⁱⁱ, amelynek megoszlását a hallgatók körében a WHO klasszifikációja alapján a 2. ábra mutatja be.^{5,iii} A vizsgált személyek nagy részének normál a testtömegindexe, ugyanakkor nem hagyható figyel-

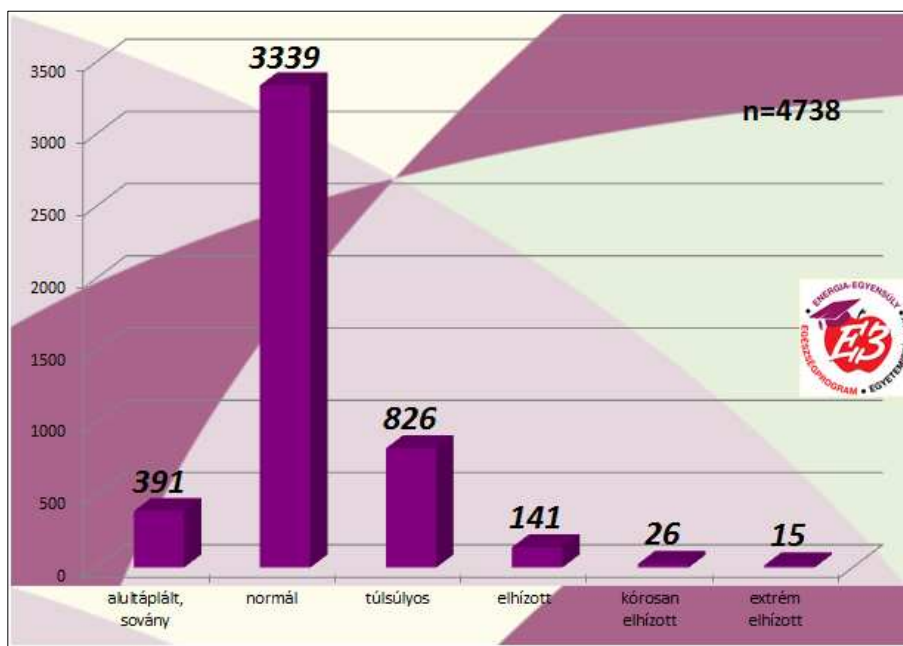
men kívül, hogy a hallgatók több mint 20%-a, pontosan 1008 fő túlsúlyos, illetve elhízott. A leginformatívabb mért paraméter, a viscerális zsír százalékos megoszlását a 3. ábra mutatja.^{iv} A tartósan meglévő, magas viscerális zsír a szív-érrendszeri betegségeken kívül számos más anyagcsere-elváltozás (pl.: cukorbetegség, magas vérnyomás) kialakulásában is szerepet játszik.

ⁱⁱ BMI = Body Mass Index = testtömegindex

ⁱⁱⁱ A BMI a testtömeg (kg) és a testmagasság négyzetének (m²) hányadosa. BMI kategóriák és értékeik: alutáplált, sovány <18.50, normál 18,5-24,9 között, túlsúlyos 25,0-29,9 között, elhízott 30,0-34,9 között, kórosan elhízott 35,0-39,9 között, extrém elhízott ≥40.00. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

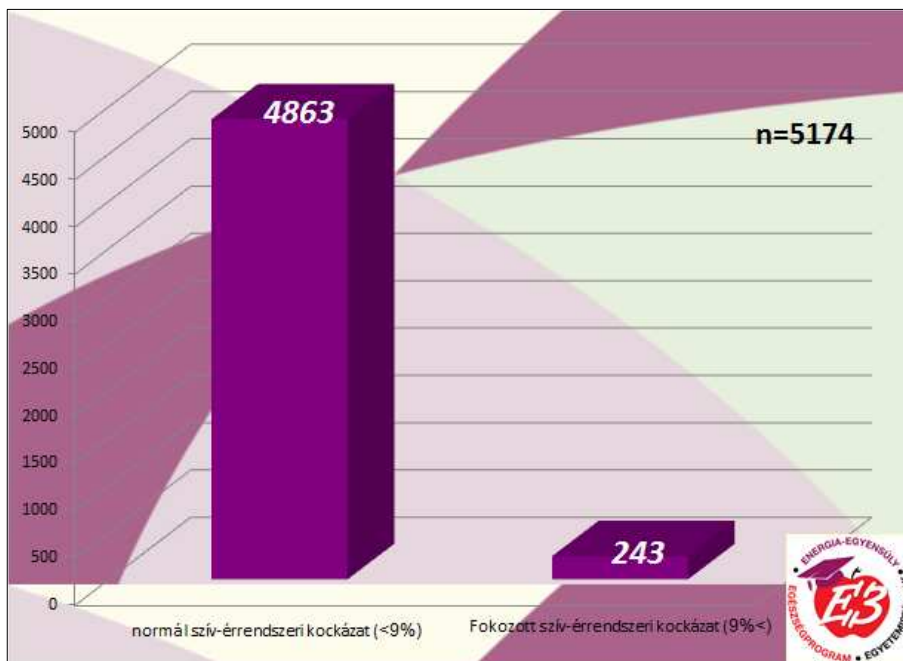
^{iv} A programban használt OMRON BF 511 testösszetétel mérő készülék rögzített alapértékei: viscerális zsírszint 1-9 között normális, 10-14 között magas, 15-30 között nagyon magas

2. ábra: A résztvevők BMI-kategóriák szerinti megoszlása



Forrás: MDOSZ – E3 program

3. ábra: A teljes minta szív-érrendszeri betegségi kockázata a viscerális zsír alapján

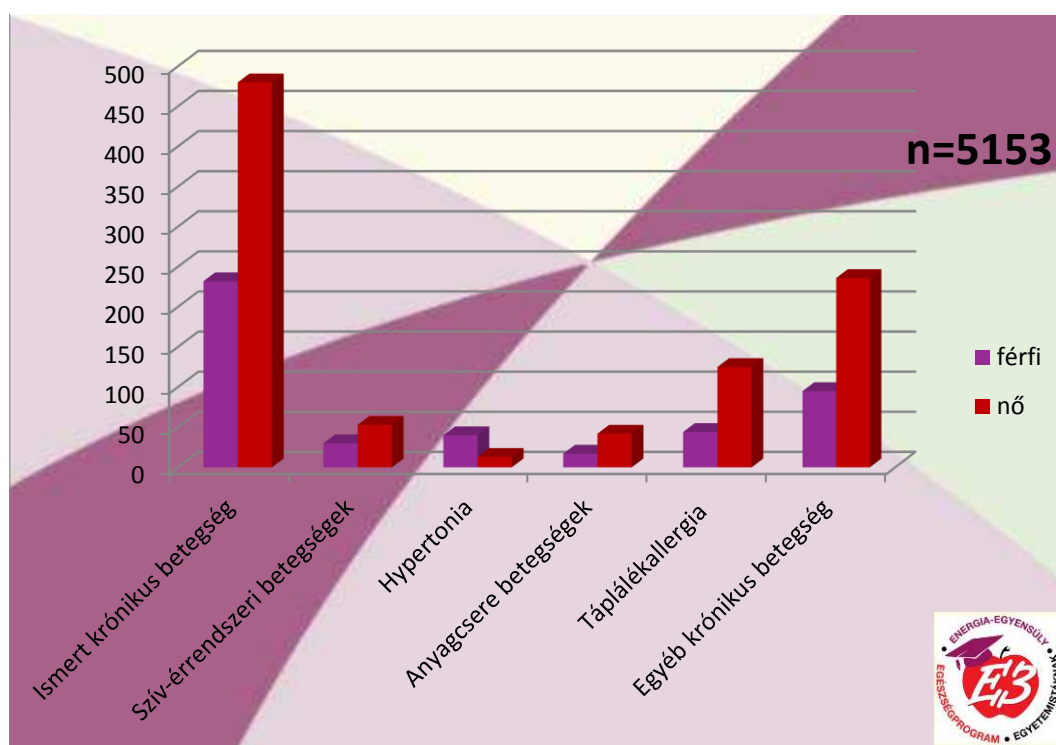


Forrás: MDOSZ – E3 program

A szerzők a deskriptív statisztikai eredmények mellett több feltételezett korrelációt, illetve eltérést is megvizsgáltak. Kíváncsiak voltak a nemek közötti különbségekre, az egyes felmért faktorok mintán be-

lül megoszlására. Többek között statisztikai összefüggéseket kerestek a BMI-kategóriák és a viscerális zsír százaléka, a kockázati kategóriák között.

4. ábra: Az ismert idült betegségek előfordulása a nemek között



Forrás: MDO SZ – E3 program

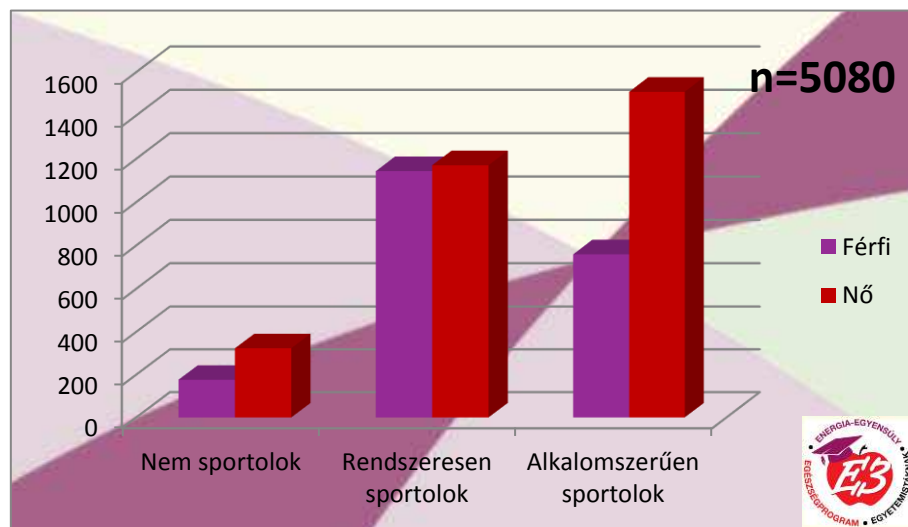
Szignifikáns különbséget a nők és férfiak között az idült betegség megléténél, a magas vérnyomásnál, a táplálékallergiánál és az egyéb idült betegségeknél találtak. [4. ábra] A magas vérnyomást illetően a férfiak 1,9%-a (40 fő), míg a nők 0,4%-a (13 fő) szenvedett e kórképben. A táplálékallergiánál már nagyobb eltérést volt: a férfiak 2,1%-a (44 fő), míg a nők 4,1%-a (125 fő) számolt be ilyen jellegű tüneteiről. Egyéb idült betegséget a férfiak 4,5%-a (95 fő), míg a nők 7,7%-a (236 fő) jelzett. A szív-érrendszeri betegségeknél és az anyagcsere-betegségeknél nem találtak a két csoport között jelentős különbséget. Vizsgálták az életmódbeli jellemzőket és összefüggéseiket a BMI-vel és a viscerális zsír százalékkal, illetve annak kockázati kategóriájával is. A viscerális kategóriákat (normál szív-érrendszeri kockázat: 1-9%, fokozott szív-érrendszeri kockázat: >9%) összehasonlítva szignifikáns különbséget találtak a nemek között. Míg a férfiak 10,9%-a, addig a nők 0,5%-a tartozott a fokozott szív-érrendszeri kockázat kategóriájába.

A dohányzási szokásoknál is komoly eltérést tapasztaltak az értékelők a két csoport között, a férfiak többen dohányoznak rendszeresen, míg a nők az alkalmoszerű dohányzás tekintetében vannak többen.

A sportolás gyakoriságának vizsgálatánál is szignifikáns eredmények születtek. A nők közül rendszeresen és alkalmoszerűen is többen sportolnak, tehát elmondható, hogy a felmért minta női tagjai testmozgás vonatkozásában aktívabbak a férfiaknál. Érdekes ugyanakkor, hogy akik egyáltalán nem mozognak, azok közül a nők vannak többségben. [5. ábra]

A sportolás hatásait is vizsgálták a szakemberek, így módon a BMI-vel összehasonlítható relációt. A feltetelezés igazolódott, nagy különbség volt a különböző gyakorisággal sportoló csoportok BMI-értékei között. A rendszeres, megfelelő intenzitású fizikai aktivitás jobb BMI értéket eredményezett.

5. ábra: A nemek közötti különbség a sportolás szempontjából



Forrás: MDOSZ – E3 program

Az ebben a cikkben olvasott E3 program részletesebb vizsgálati eredményei az MDOSZ folyóiratában jelentek meg a tavalyi évben.⁶

Az a tény, hogy sokan jelentek meg a programban, ráadásul többségük azért vette igénybe a szakem-

berek által nyújtott szolgáltatásokat, hogy minél több információt kapjanak az egészséges táplálkozásról, bizakodással töltheti el a szerzőket, a fiatalok felmérték a megelőzés jelentőségét, s nyitottak a változtatásokra.

¹ https://www.ogyei.gov.hu/otap_2014/ (Elérve: 2017.02.15)

² Bellisle, F.: Meals and snacking, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior*, 2014; 134: 38–43.

³ Figler, M.: Életkor, életciklus és az egészség védelmének feladatai. Pécs, 2014.

⁴ Bosy-Westphala A, Latera W, Hitzea B et al. Accuracy of Bioelectrical Impedance Consumer Devices for Measurement of Body Composition in Comparison to Whole Body Magnetic Resonance Imaging and Dual X-Ray Absorptiometry. *Obesity Facts*, 2008; 1:319–324.

⁵ http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Elérve: 2017.02.17.)

⁶ Kubányi J., Breitenbach Z., Raposa L. B., Szabó Z.: E3 – Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak. *Új Diéta*, 2016;25 (1):17-19 <http://mdosz.hu/e3-energia-egyensuly-egeszsegprogram-egyetemistaknak/> (Elérve: 2017.02.15)

Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény: magyar országjelentések

World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: Hungarian reports

Szerzők: Demjén Tibor, Kiss Judit ✉, Viski Dorottya
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2017.02.07.
doi: 10.24365/ef.v58i1.144

Kulcsszavak: dohányzás, Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény, országjelentés

Keywords: smoking, World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control, country report

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (a továbbiakban: WHO) Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezménye (a továbbiakban: FCTC) az első nemzetközi közegészségügyi egyezmény, melynek célja a jelenlegi és jövőbeni generációk védelme, a dohányzás és a dohányfüstnek való kitettség súlyos egészségügyi, gazdasági és társadalmi következményeinek csökkentése. A Keretegyezményhez csatlakozó Részleges Felek vállalják, hogy két évente jelentést készítenek annak érdekében, hogy bemutassák országuk dohányzaspolitikáját, a dohányzás visszaszorításáért tett intézkedéseket, a dohányzással összefüggésbe hozható adatokat és statisztikákat. A Keretegyezmény Magyarországon a 2005. évi III. törvénnyel lépett hatályba, ezért 2007-ben, 2010-ben, 2012-ben, 2014-ben és 2016-ban készült országjelentés, amelyeket az 1. táblázat tartalmaz. Jelen összefoglaló célja bemutatni a dohányzással összefüggő egészségterhet, a Keretegyezményt és jelentési rendszerét, valamint egy példát a jelentésekből hozzáférhető adatokra, információkra.

STATISZTIKAI KITEKINTÉS A WHO FCTC TÜKRÉBEN

A dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít, ennek ellenére évente közel 6 millió ember haláláért felelős világszerte és több mint 500 milliárd dollár értékű gazdasági kárt okoz.^{1,2} Az Európai Unióban a korai elhalálozás kiváltó okai között is a dohánytermékek fogyasztása áll első helyen: évente közel 700 000 ember haláláért felelős. A dohányzók 50%-a 65 éves kora előtt hal meg, nem dohányzó kortársaiknál átlagosan 14 évvel korábban.³ Emellett a dohányzók nagyobb valószínűséggel szenvednek a káros egészséghatások következményeitől is, beleértve a szív- és érrendszeri, a légző szervi és a daganatos megbetegedéseket.

A WHO legfrissebb adatai alapján 2015-ben 1,1 milliárd 15 év feletti ember dohányzott világviszonylatban.⁴ A nemzetközi statisztikai helyzetképet a WHO egyik legfrissebb, 2013-ban közreadott időszaki kiadványa mutatja be a leghitelesebb adatokkal alátá-

masztott, WHO FCTC országjelentések összegzése alapján.⁵ Ahogyan azt az 1. ábra is jelzi, a dohányzás elterjedtsége a WHO régiók tekintetében az Európai

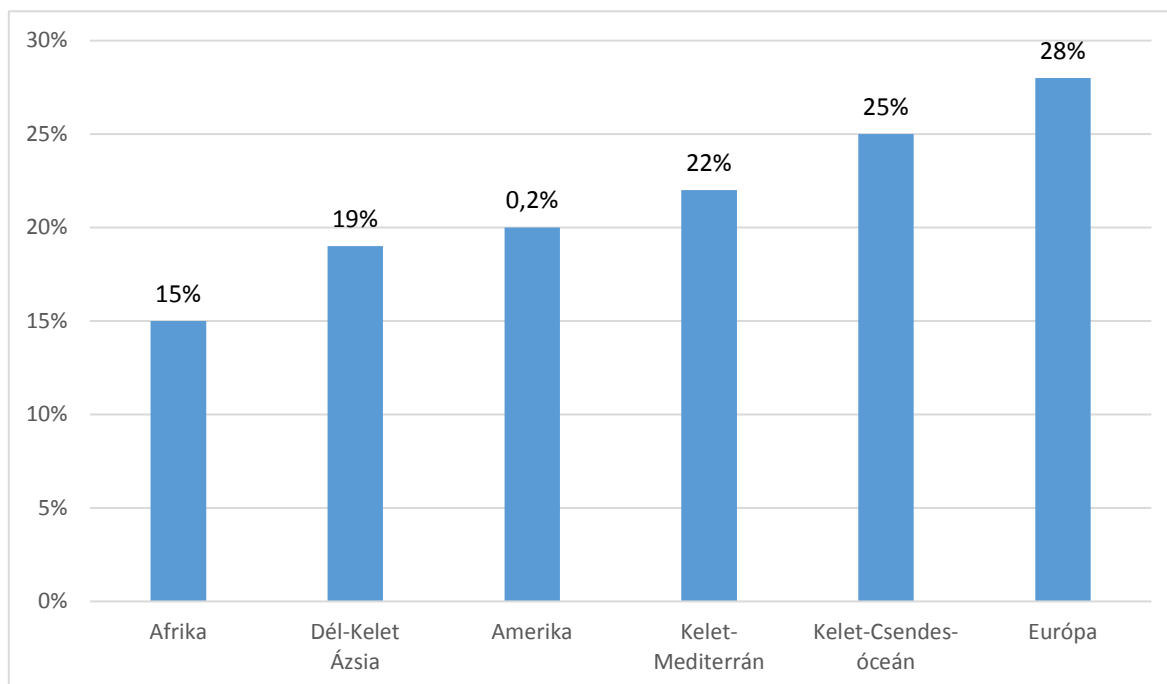
Régióban volt a legmagasabb: a 15 év feletti európai lakosság 28%-a dohányzott 2013-ban.

1. táblázat: Magyarország országjelentései

Jelentés	Benyújtás ideje	Határozat száma és címe
első jelentés	2007. március 19.	2040/2007. (III. 13.) Korm. határozat Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 21. Cikke szerinti jelentés jóváhagyásáról ⁶
második jelentés	2010. február 19.	Korm. határozat Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 21. Cikke szerinti jelentés jóváhagyásáról
harmadik jelentés	2012. április 27.	1134/2012. (V. 3.) Korm. határozat Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 21. Cikke szerinti jelentés jóváhagyásáról ⁷
negyedik jelentés	2014. április 18.	1244/2014. (IV. 18.) Korm. határozat Az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény 21. cikke szerinti jelentés jóváhagyásáról ⁸
ötödik jelentés	2016. április 22.	1354/2016. (VII. 6.) Korm. határozat az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének 21. cikke szerinti jelentés jóváhagyásáról ⁹

Forrás: A Dohányzás Fókuszpont saját készítésű táblázata (2017)

1. ábra: A dohányzás gyakorisága (%) a WHO régiókban (2013)



Forrás: European Tobacco Control Status Report 2013. WHO Regional Office for Europe, 2013

Ami az időbeli tendenciákat illeti, elmondható, hogy világszerte csökken a dohányzók száma, a regionális bontást tekintve a WHO Kelet- Mediterrán és Afrikai régiójában viszont nőtt a dohányzás prevalenciája.¹⁰

A dohányzásnak tulajdonítható halálozás százalékos részarányai az egyes WHO régiók szerinti bontásban a 2. táblázatban figyelhetőek meg. A táblázat adataiból jól látható, hogy a dohányzásnak tulajdonítható halálozás az európai régióban a legmagasabb (16%), míg az afrikaiban a legalacsonyabb (3%), ami a prevalencia adatok alakulásához hasonló trendet jelez.

Az európai országok felnőtt lakosságára vonatkozó adatok kapcsán a WHO 2012-es Európai Egészségjelentésében az európai lakosság dohányzási gyakoriságait tekintve a 15 év feletti, rendszeresen dohányzó férfiak esetében a 13., míg a nők esetében a

rendkívül kedvezőtlen 3. helyen állt Magyarország, ahogyan az a 2. ábrán is jól látható.¹¹

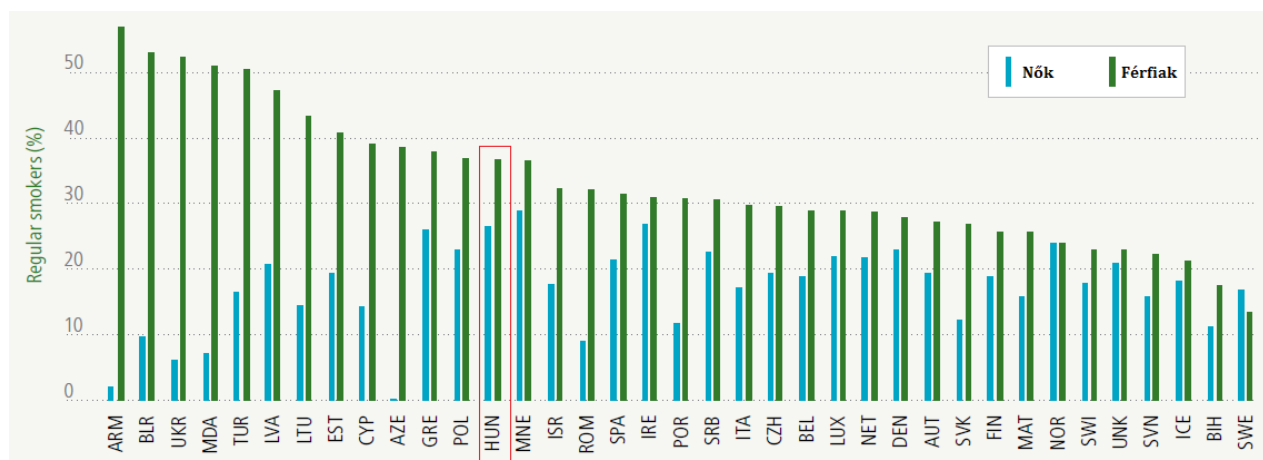
Az Európai Unió tagországaival való összehasonlításához a WHO által becsült dohányzással összefüggő halálozás, azaz néhány, a dohányzással egyértelműen összefüggésbe hozható betegség miatti halálozás mutatóját lehet alkalmazni. Megállapítható, hogy Magyarországon a férfiak esetében a dohányzásnak tulajdonítható halálozás az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutatott 2005 és 2014 között, azonban még így is messze meghaladja az európai uniós tagállamok esetében előforduló arányt. Nőknél mind az európai, mind a hazai adatok alapján változatlan trend figyelhető meg, azonban a magyar halálozási arányok ebben az esetben is messze meghaladják az uniós tagállamokét. [3. ábra]¹

2. táblázat: A dohányzással összefüggésbe hozható halálozás (%) a WHO régiókban (2013)

WHO régió	Dohányzásnak tulajdonítható halálozás (%)
Európa	16
Amerika	16
Kelet- Csendes Óceán	13
Dél- Kelet Ázsia	10
Kelet- Mediterrán	7
Afrika	3

Forrás: European Tobacco Control Status Report 2013. WHO Regional Office for Europe, 2013

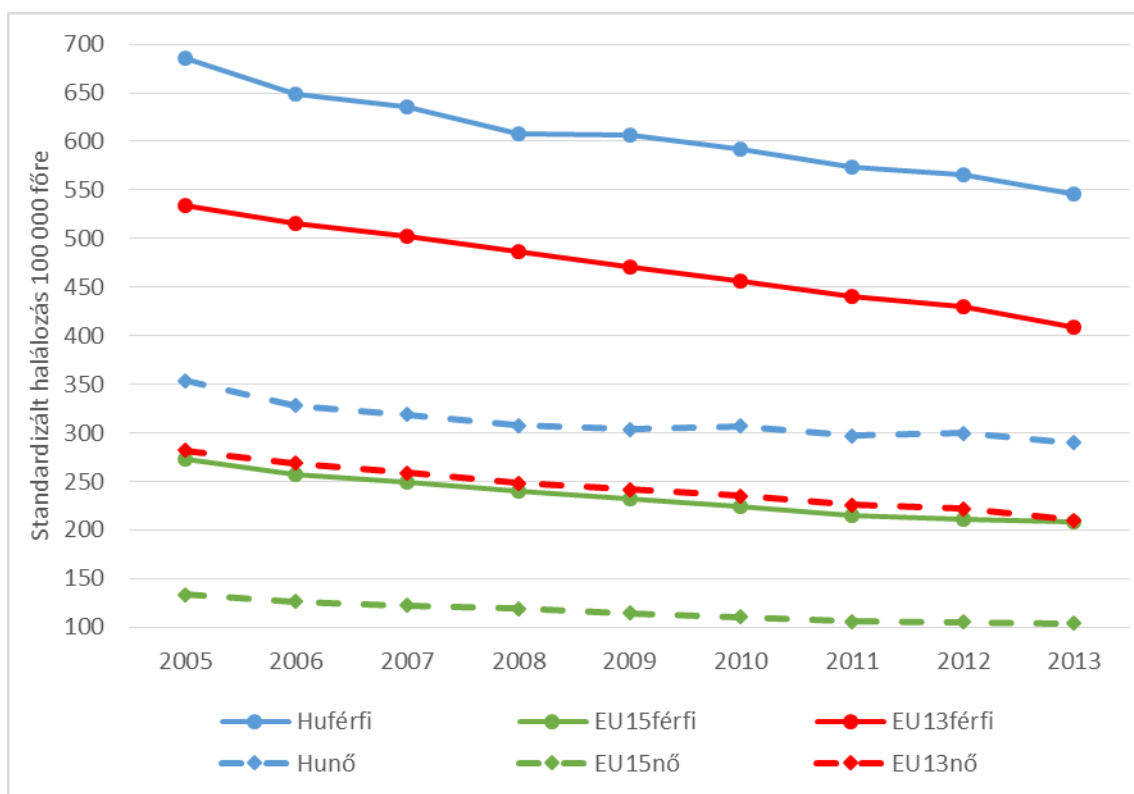
2. ábra: A 15 év feletti, rendszeresen dohányzók részaránya az EU tagországaiban (2012)



Forrás: The European Health Report 2012. WHO Regional Office for Europe, 2013

¹ Az ábra a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet megjelenés alatt álló kiadványából, az „Egészségjelentés 2016” című dokumentumból származik.

3. ábra: A dohányzással összefüggésbe hozható halálozás alakulása Magyarországon, valamint az EU15 és az EU13 országokban (2005-2013)



Forrás: Egészségjelentés 2016. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2017

A dohányzás Magyarországon is súlyos népegészségügyi és nemzetgazdasági problémát jelent, a 2016-os Egészségjelentés alapján a dohányzás a második legjelentősebb viselkedési egészségkockázat. „A dohányzás a magyar lakosság összes egészségvesztésének 14%-áért felelős. A férfiak esetében közel kétszer nagyobb egészségvesztéssel jár (18%), mint nőknél (10%). Főként a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségein keresztül fejt ki hatását, de fontos szerepet játszik a krónikus légzőszervi megbetegedések által okozott egészségvesztések kialakulásában is.”

2015-ben 22 496 ember halt meg és több mint 500 ezer egészségben eltöltött életévet (DALYⁱⁱ) veszítettünk el, ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt, annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg a dohányzással összefüggő mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében.¹²

AZ FCTC HÁTTERE ÉS LÉTREJÖTTÉNEK OKAI

A fenti epidemiológiai háttérrel kapcsolatos globális egészségpolitikai kihívások hívták életre az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményét, az első olyan nemzetközi közegészségügyi egyezményt, amelynek célja a jelenlegi és jövőbeni generációk védelme, a dohányzás és a dohányfüstnek való kitettség súlyos egészségügyi, gazdasági és társadalmi következményeinek csökkentése. Az Egészségügyi Világszervezet 1996. évi negyvenkilencedik közgyűlése, felismerve, hogy a dohányzási epidémia terjedése, a cigaretta, illetve egyéb dohánytermékek fogyasztásának és termelésének világszerte tapasztalható növekedése globális probléma, határozatban kérte fel a WHO főigazgatóját egy Keretegyezmény létrehozására. Az 1999-től megtartott kormányközi, az ipar meghallgatásával is kiegészített tárgyalások eredményeként,

ⁱⁱ Disability-Adjusted Life Year

2003-ban elfogadásra került a Keretegyezmény szövege. A bizonyítékokon alapuló dohányzást visszaszorító intézkedések területén mérföldkőnek tekinthető egyezmény 40 ország aláírásával 2005. február 27-én lépett hatályba. Eddig 168 tagállam írta alá, és jelenleg 180 Résztes Fél tagja az egyezménynek.¹³ Az egyezmény aláírása csupán az FCTC elismerését és támogatását jelenti, kötelezettséget csak a ratifikálás után jelent az aláíró tagállam számára.

A Résztes Felek a Résztes Felek konferenciáján két-évenként áttekintik a Keretegyezmény megvalósításának eredményeit és további feladatokat valamint kötelezettségeket írnak elő, amelyek a hatékonyabb működést és végrehajtást szolgálják. A Keretegyezmény irányelvekkel¹⁴ és jegyzőkönyvvel¹⁵ egészült ki, amelyek célja többek között a dohányzás okozta megbetegedésekből eredő halálozási mutatók csökkentése, a gazdasági terhek enyhítése, illetve a határokon átnyúló illegális kereskedelem terjedésének megakadályozása. A Keretegyezményhez csatlakozó Résztes Felek vállalják, hogy két évente országjelentést készítenek, annak érdekében, hogy bemutassák az országuk dohányzéspolitikáját, a dohányzás visszaszorításáért tett intézkedéseket, a dohányzással összefüggésbe hozható adatokat és statisztikákat. A Keretegyezmény Magyarországon a 2005. évi III. törvénnyel lépett hatályba.

AZ FCTC FELÉPÍTÉSÉRŐL

Az egyezmény az általános elveket megfogalmazó preambulumból és 38 cikkből áll, melyek 10 nagyobb témakörre oszthatóak fel:

- 1-2. cikk: bevezetés
- 3-5. cikk: célkitűzés, vezérelvek és általános kötelezettségek
- 6-14. cikk: a dohány iránti kereslet csökkenésével kapcsolatos intézkedések
- 15-17. cikk: a dohánykínálat csökkentésével kapcsolatos intézkedések
- 18. cikk: a környezet védelme
- 19. cikk: felelősséggel kapcsolatos kérdések
- 20-22. cikk: tudományos és technikai együttműködés és az információk közlése
- 23-26. cikk: intézményi megoldások és pénzügyi források

- 27. cikk: vitás kérdések rendezése
- 28-29. cikk: keretegyezmény továbbfejlesztése
- 30-38. cikk: záró rendelkezések

A Keretegyezmény felügyeletének, végrehajtásának ellenőrzését a Résztes Felek Konferenciája (COPⁱⁱⁱ) látja el, melynek minden, a Keretegyezményt ratifikáló fél tagja. Az évente megrendezett konferencián az egyezmény technikai és pénzügyi felügyeletét végzik, emellett az irányelveket és a jegyzőkönyvek kidolgozását, valamint a végrehajtásról készült beszámolókat ismertetik a résztvevő Résztes Felek.

AZ ORSZÁGJELENTÉS RŐL

A jelentések elkészítése kérdőívek kitöltését jelenti, valamint a szükséges mellékletek elkészítését igényli többek között a dohányzás prevalencia, dohányfüstmentes környezettel kapcsolatos szabályozás, adózás, illegális kereskedelem, reklám, dohánytermékek csomagolása, címkézése, dohánytermesztés, oktatás, képzés, leszokás segítés területeiről.

A Keretegyezmény Beszámolás és információcsere c. 21. cikkének 1. pontja¹⁶ előírja a tagállamok számára a jelentési kötelezettséget, melynek a tagállamok a ratifikálást követően maximum egy éven belül kötelesek megfelelni. 2012 óta minden Résztes Fél két évente jelentést készít. A Dohányzás ellenőrzési Keretegyezményt Magyarország 2004. április 7-én ratifikálta, és 2005. február 27-én a 2005. évi III. törvény keretében került kihirdetésre. A magyarországi adatszolgáltatás koordinációját, a jelentés összeállítását a minisztérium kijelölése alapján a Dohányzás Fókuszpont (DF) végzi. A jelentés összeállítása során a DF együttműködik az egyes minisztériumok és intézmények, így különösen az Emberi Erőforrások Minisztériuma, a Földművelésügyi Minisztérium, a Nemzetgazdasági Minisztérium, a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium, a Nemzeti Dohánykereskedelmi Nonprofit Zrt. és az Igazságügyi Minisztérium kijelölt kapcsolattartóival.

A jelentések elkészítésének célja, hogy a Résztes Felek megismerhessék egymás dohányzéspolitikáját, a végrehajtás aktuális állapotáról visszajelzést kapja-

ⁱⁱⁱ Conference of the Parties

nak, a felmerült nehézségekből és problémákból tanulhassanak. Továbbá, a jelentési rendszer segíti az egyezmény végrehajtásának nemzetközi nyomon követését. A jelentés kitöltése regisztrációhoz kötött, online platformon történik. A jelentés két részre tagozódik: egy kötelezően megválaszolendő kérdésekből álló fő kérdőívre és egy önkéntesen kitölthető kiegészítő kérdéseket tartalmazó kérdőívre, amely 275 kérdésből áll.

A kötelező kérdőív az alábbi, az FCTC cikkeivel összhangban lévő témaköröket érinti:

1. Jelentést készítő adatai
 - a kitöltő Résztes Fél neve és elérhetőségei
 - a kitöltő Résztes Fél intézményének adatai és elérhetőségei
2. Dohányfogyasztás és az ehhez kapcsolódó egészségügyi, szociális és gazdasági mutatók
 - a dohánytermékek használatának prevalenciája, nemenként és korcsoportonként százalékos bontásban
 - a füstnélküli dohánytermékek használatának prevalenciája, nemenként és korcsoportonként százalékos bontásban
 - etnikai csoportok és fiatalok dohánytermék-fogyasztásának százalékos értéke
 - a dohányzás okozta halálozás adatai
 - a dohányzással kapcsolatos többletköltségek
 - dohánytermék kínálat
 - elkobzott tiltott dohánytermékek
 - dohánytermesztés
 - dohánytermékek adóztatása
 - dohánytermékek ára
3. Jogalkotás, szabályozás és szakpolitikák
 - általános kötelezettségek
 - keresletcsökkentő intézkedések
 - kínálatcsökkentő intézkedések
 - egyéb intézkedések és szakpolitikák
4. Nemzetközi együttműködés és segítségnyújtás
5. Prioritások és megjegyzések

A kiegészítő kérdőív az 5. Résztes Felek Konferenciájának 11 döntése alapján jött létre, amely a jelentési rendszer fejlesztéséről rendelkezik, a jelentést készítő Felekkel egyeztetve. A fent említett konferencián kiemelten foglalkoztak az információ gyűjtésével és annak megosztásával, amelyre legalkalmasabban egy olyan rendszer kifejlesztését találták megfelelőnek, amely rögzíti a felek által szolgáltatott információk összességét. A kérdőív kitöltése önkéntes, azonban biztatják a Résztes Feleket arra, hogy a kétévenkénti kötelező jelentéssel együtt kitöltsék.

A Résztes Felek országjelentéseiből levont következtetések alapján a Keretegyezményhez kapcsolódó irányelvek és jegyzőkönyvek formájában továbbfejleszhető a Keretegyezmény, illetve a dohányzás-ellenőrzési nemzetközi fellépés.

A JELENTÉSEKBŐL HOZZÁFÉRHETŐ ADATOK, INFORMÁCIÓK

A kérdések többek között azt mérik fel, hogy a Keretegyezmény, illetve az annak végrehajtását segítő irányelvek végrehajtásában a tagállamok hogyan haladnak előre. Ennek megfelelően a kérdőívek elsősorban a vonatkozó hatályos szabályozás részleteire, statisztikai adatokra kérdeznek rá, illetve arra vonatkozó kérdéseket tartalmaznak, hogy az utolsó jelentés elkészítése óta milyen változások történtek az adott területeken.

A Résztes Felek kormányai által elfogadott válaszokból létrehozott adatbázis egyedülálló lehetőséget biztosít a tagállamok által bevezetett intézkedések nyomon követésére és összehasonlítására.¹⁷ Az elkészített jelentések jelentésevenkénti összehasonlítása mutatja egy adott tagállam dohányzás visszaszorítására irányuló intézkedéseit, míg az egyes intézkedések tagállamonként is összehasonlíthatóak. Jó példa erre a nemdohányzók védelmében hozott intézkedések, melyek a passzív dohányzásnak való kitettség csökkentése érdekében korlátozzák, illetve tiltják közterületen a dohányzást. [3. táblázat]¹⁸

3. táblázat: A közterületeken a dohányzást teljesen tiltó országok száma és aránya WHO régióként

WHO régió	Országok	
	N ^{iv}	%
Európa	9	17
Amerika	14	40
Kelet-Csendes Óceán	7	26
Dél-Kelet Ázsia	3	27
Kelet-Mediterrán	5	22
Afrika	5	11

Forrás: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013

HAZAI ADATFORRÁSOK AZ ORSZÁGJELENTÉSHEZ: EGY GYAKORLATI PÉLDA

A WHO FCTC országjelentések alapjául szolgáló hazai ifjúsági adatokat – a dohányzási gyakoriságok tekintetében – a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzástel-mérés (Global Youth Tobacco Survey, GYTS^v) hazai kutatásainak eredményei adják. 2010 óta összesen 3 alkalommal vizsgáltuk részletesebben a hazai fiatalok dohányzási jellemzőit a WHO és az amerikai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) közös módszertanára alapozott GYTS felmérések keretében: a 2012-ben^{19,vi}, 2013-ban és 2016-ban kivitelezett országosan reprezentatív kutatás kapcsán a 13-15 év közötti fiatalok dohányzási szokásait elemeztük. A GYTS a cigaretta és más dohánytermékek használatának gyakoriságáról, illetve a dohányfogyasztás meghatározó tényezőiről (hozzáférés/elérhetőség, passzív dohányzás, leszokás, média és reklám, valamint iskolai tananyag) szolgáltat adatokat. A GYTS legfrissebb eredményei alapján a nemdohányzók aránya 2012-ben 64,5% volt a megkérdezett fiatalok körében, 2013-ra 69,5%-ra emelkedett ez az arány, míg 2016-ban tovább nőtt 74%-ra. Az alkalmi dohányosok aránya 2012-ben 28% volt, 2013-ban ez 21%-ra, 2016-ban 19%-ra csökkent. A naponta dohányzó 13-15 évesek aránya 2012-ben 7,5% volt, 2013-ra ez az arány 9,5%-ra

emelkedett, 2016-ban pedig 6%-ra csökkent. Ezek a kutatási adatok jelentik az országjelentés egyik legfontosabb, prevalenciával kapcsolatos részének bázisadatait.

ÖSSZEĞZÉS

A dohányzás visszaszorítása országhatárokon átnyúló intézkedéseket tesz szükségessé, például a multinacionális dohányipari cégek tevékenysége és az illegális kereskedelem miatt. A WHO Dohányzásellenőrzési Keretegyezménye többek között erre is lehetőséget nyújt, ugyanakkor a Részes Felek számára az együttes fellépésen kívül a tapasztalatok és információk megosztására is mód nyílik. A kormányok által benyújtott, kétévente ismétlődő jelentések rendszerével országok szerint, régióként, valamint globális szinten is nyomon követhetők az intézkedések és azok eredményei, a Keretegyezmény megvalósításának folyamata. A WHO FCTC titkársága a jelentések feldolgozásával és adatbázis létrehozásával segíti az adat- és információ cserét. Ez az ingyenesen hozzáférhető adatbázis lehetőséget teremt a szakemberek számára a jó gyakorlatok elterjedtségének megismerésére, valamint az új kihívások felismerésére is, így segítve a megfelelő válaszok megtalálását és azok elterjesztését.

^{iv} Az N az országok számát jelöli.

^v A NEFI Dohányzás Fókuszpontja által koordinált felmérést a WHO és az amerikai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ 1998-ban indította útjára. Az adatfelvételt rendszeres időközönként megismétlik a projektben résztvevő országok. Magyarországon eddig 5 alkalommal (2003, 2008, 2012, 2013, 2016) valósult meg a kutatás. A GYTS iskolai-alapú, országosan reprezentatív felmérés, amelynek mintájába 7-9. évfolyamba járó, zömmel 13-15 éves tanulók kerülnek be.

^{vi}Részletes adatok: http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/0_IDF_Tenylap_Mo_VEGLEGES_20130211.pdf

- ¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (Elérve: 2017.01.27.)
- ² WHO Report on the Global Tobacco Epidemic; 2013; WHO;
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1 (Elérve: 2017.01.27.)
- ³ http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy_hu (Elérve: 2017.02. 15.)
- ⁴ <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-a-viz?lang=en> (Elérve: 2017. 01. 27.)
- ⁵ European Tobacco Control Status Report 2013 (WHO Regional Office for Europe, 2013.)
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/235973/European-Tobacco-Control-Status-Report-2013-Eng.pdf
(Elérve: 2017. 01. 27.)
- ⁶ <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/10/PDF/2007/9.pdf> (Elérve: 2017.02.01.)
- ⁷ <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk12053.pdf> (Elérve: 2017.02.01.)
- ⁸ <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk14055.pdf> (Elérve: 2017.02.01.)
- ⁹ <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/mk16100.pdf> (Elérve: 2017.02.01.)
- ¹⁰ U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. 31-34. p.
https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf (Elérve: 2017. 01. 31.)
- ¹¹ The European Health Report 2012. WHO Regional Office for Europe, 2013.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf?ua=1 (Elérve: 2017. 01. 27.)
- ¹² A GBV projekt adatvizualizációs internetes oldala: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Elérve: 2017.02.20.)
- ¹³ https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&clang=en (Elérve: 2017.01.10)
- ¹⁴ http://apps.who.int/fctc/treaty_instruments/adopted/en/ (Elérve: 2017.01.31)
- ¹⁵ <http://apps.who.int/fctc/protocol/en/> (Elérve: 2017.01.31)
- ¹⁶ http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/EVSZ_DK_HU.pdf (Elérve: 2017.02.01.)
- ¹⁷ <http://apps.who.int/fctc/implementation/database/> (Elérve: 2017.02.03.)
- ¹⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/235973/European-Tobacco-Control-Status-Report-2013-Eng.pdf (Elérve: 2017.02.03.)
- ¹⁹ Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés, 2012. Magyarország (13-15 éves korosztály). Tények, adatok
http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/0_IDF_Tenylep_Mo_VEGLEGES_20130211.pdf
(Elérve: 2017.03.03.)

Új nemzetközi népegészségügyi dokumentumok, 2016

New international documents on public health, 2016

Szerzők: Csizmadia Péter ✉, Vitrai József
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2017.01.31.
doi: 10.24365/ef.v58i1.133

Kulcsszavak: népegészségügy, egészségfejlesztés, fenntarthatóság, Ottawai Charta, globalizáció

Keywords: public health, health promotion, sustainability, Ottawa Charter, globalization

2016 végén az Ottawai Charta kibocsátásának 30. évfordulója alkalmából több jelentős, az egészségfejlesztést érintő dokumentumot fogadtak el világszerte. A Népegészségügyi Szervezetek Világszövetsége (*World Federation of Public Health Associations, WFPHA*), kibocsátotta a Charta a Világ Lakosságának Egészségéért dokumentumot.¹ Az Európai Népegészségügyi Szövetség (*European Public Health Association, EUPHA*) konferenciát tartott, ahol a Bécsi Nyilatkozatot tették közzé.² Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organisation, WHO*) és a Kínai Népköztársaság Nemzeti Egészség és Családtervezési Bizottsága által Shanghajban közösen megrendezett 9. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia elfogadta a Sanghaji Nyilatkozatot.³ Az említett dokumentumok javaslatokat fogalmaznak meg a népegészségügy számára korunk új kihívásai közepette. E dokumentumokkal egy időben jelent meg az Egyesült Királyság Egészségügyi Szolgálatának (*National Health Service, NHS*) a Kiáltvány az egészséges és egészséget teremtő társadalomért című dokumentuma, ami ugyancsak hasznos lehet a hazai népegészségügy fejlesztése szempontjából.⁴

1986-ban az első Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia elfogadta az azóta is irányadó Ottawai Chartát, amely egy erőteljes válasz volt a népegészségügy megújítására irányuló igényekre. A Charta alapul szolgált több későbbi fejleményhez, például

az Egészségügyi Világszervezet Egészséget mindenkinek 2000-re és azon túl szakpolitikájának megvalósításához, az Egészséget minden szakpolitikában szemléletmód kialakításához, különböző, például az épített környezet és a közösségi egészségfejlesztés érdekében megvalósuló beavatkozások megvalósítása, illetve a prevenció fontosságának és az egészségbeli esélyegyenlőségnek a kihangsúlyozása során. Az Ottawai Charta alapelvei ugyanolyan fontosak, mint korábban, de 1986-hoz képest természetesen rengeteg változás történt, új kockázatok és lehetőségek állnak a népegészségügy előtt.

A változó helyzet, amelyre a Charta a Világ Lakosságának Egészségéért című dokumentum reagálni kíván, röviden a globalizáció fogalmával írható le, értve alatta, hogy az emberek, a pénz, a javak, új ideák egyre nagyobb távolságra való mozgása drámai mértékben felgyorsult. Ez számos lehetőséget rejt magában, hiszen a gazdasági, technológiai fejlődés hozzájárulhat a betegségek terheinek globális méretű csökkentéséhez. A globalizáció kihívásokat is hordoz. A károk, amelyeket az emberi tevékenység okoz a bolygónknak, ma már vitathatatlanok. A legújabb adatok szerint az emberi tevékenységhez köthető klímaváltozás elérheti azt a szintet, ahonnan már nem visszafordítható. A természeti erőforrások kiaknázásakor nem veszik figyelembe az okozott károkat, vagy azt, hogy a természeti kincsekkel

kapcsolatos konfliktusok hátráltatják a társadalmi fejlődést.

Az Ottawai Charta óta eltelt években a fejlett ipari országok túlzottan a szabadkereskedelem elveinek érvényesítésére törekedtek anélkül, hogy az egészség és a jóllét, vagy a társadalmi javakba való befektetés fontosságát figyelembe vették volna. Ennek eredményeként a vagyon és hatalom folyamatosan multinacionális vállalatok, illetve néhány személy kezében koncentrálódott. A munka világában a bérek csökkentek és a munkakörülmények romlottak a gazdag országokban, míg a migráció meggyengítette az emberi erőforrásokat a szegényebb országokban. Szélesednek az országokon belüli és az országok közötti pénzügyi, oktatási és egészségbeli egyenlőtlenségek, fenyegetve a békét és a társadalmi kohéziót.

A helyzet mára fenntarthatatlanná vált. Az emberiségnek számos egymással összefüggő, a létet fenyegető kihívással kell szembenéznie. Az ember által okozott globális felmelegedés folytatódik, hozzájárulva aszályokhoz, éhínségekhez, áradásokhoz és egyéb természeti katasztrófákhoz. Korábban még nem látott számú népesség kelt útra, egy részük az országokon belül az egyre gyorsuló urbanizáció részeként, más részük fegyveres konfliktusok miatt kényszerült elhagyni lakóhelyét, de a legnagyobb részük a szegénység és a kizsákmányolás, a háború elől menekül, számos esetben a klímaváltozással összefüggő katasztrófák miatt. A javak és emberek fokozott mozgása a nem megfelelő kormányzati rendszerekkel párosulva elősegítette új fertőző betegségek felbukkanását és terjedését, beleértve az antibiotikum-rezisztenciát. A fegyverek elterjedése akár extrém csoportok kezében, akár instabil rendszerek körében, amelyek nukleáris fegyverekre tesznek szert, a világ biztonságát fenyegetik.

Hatalmi aszimmetria alakult ki egyrészt a globális erők és a befolyásos egyének, másrészt a helyi közösségek között, amely az Ottawai Charta hatalommal felruházni a közösségeket, hogy birtokosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek és sorsuknak felhívását egyre kevésbé teszi elérhetővé. Ezek a kihívások, amelyekkel a nyilatkozatok foglalkozni kívánnak.

SANGHAI NYILATKOZAT

A Sanghaji Nyilatkozat az Egészség Fejlesztéséről a Fenntartható Fejlődés 2030-ig Tervezett Megvalósításában így foglalható össze:

- A résztvevők kijelentették, hogy az egészség és a jóllét nélkülözhetetlen az ENSZ Fenntartható Fejlődés Célok (FFC) eléréséhez. Megerősítették, hogy az egészség univerzális jog, közös társadalmi cél, politikai prioritás. Az FFC az egészségbe történő befektetés, valamint minden életkorú egyénre kiterjedő egészségbiztosítás és az egyenlőtlenségek csökkentésének kötelezettségét írja elő.
- A résztvevők kijelentették, hogy egészségfejlesztési tevékenységet végeznek valamennyi FFC eléréséhez. Ehhez az egész társadalom részvétele szükséges. Megvalósítható, gyakorlatias, igazoltan nagy hatású, az Ottawai Charta nyomán kialakított stratégiára van szükség. Valamennyi befolyásoló tényezőre kiterjedő beavatkozásokra, az embereknek az egészségük feletti kontrollt biztosító és egyénközpontú egészségügyi rendszerre van szükség.
- A résztvevők kinyilvánították, hogy az egészség érdekében erőteljes politikai döntéseket tesznek. Megállapították, hogy az egészségfejlesztés globalizálódott, az egészségbiztonságot veszélyezteti a növekvő és erős kereskedelmi vállalatok tevékenysége. A globális egészségkockázatok megjelenése integrált válaszokat igényel. A méltánytalan egészségbeli egyenlőtlenségek különböző ágazatokban és régiókban globálisan is koordinált politikai akciókat tesznek szükségessé, a nőkre és a menekülő tömegekre kiterjedően, akik humanitárius és környezeti krízisek miatt hagyták el lakóhelyüket.
- A résztvevők nyomatékosították, hogy a városok és közösségek az egészség szempontjából döntő jelentőségű színterek. A lakókörnyezetek és közösségek kiemelt szerepét hangsúlyozták az egészség létrejöttében. Az egészség az egyik leghatékonyabb elem a városok fenntartható fejlődésében.
- A résztvevők kiemelték az egészségműveltség jelentőségét a képessé tevés és az igazságosság elérésében. Nemzeti és helyi stratégiák szükségé-

sek az egészségműveltség fejlesztésében a társadalom minden csoportjában és minden oktatási szinten.

- A résztvevők közös cselekvésre buzdítottak. A deklaráció elfogadói hangsúlyozták, hogy az egészség politikai döntés, és hogy minden olyan érdek ellen fellépnek, amely hátrányos az egészségre és minden akadály eltávolítását támogatják a képessé tevés útjából.

BÉCSI NYILATKOZAT

Az Európai Népegészségügyi Szövetség Bécsi Nyilatkozata megerősítette elkötelezettségét az Ottawai Charta alapelvei felé. Csatlakozott a Sanghaji Nyilatkozathoz, valamint a Charta a Világ Lakosságának Egészségéért c. dokumentumban leírtakhoz. Ezen túl, az egészség alapfeltételeit illetően az Ottawai Chartához az alábbi kiegészítéseket fűzte:

- Helyi, nemzeti, regionális, globális irányításra van szükség, amely nyitott és átlátható, demokratikus, és a teljes népesség érdekeit képviseli.
- A szociális gondoskodás magas szintjére képes ellátórendszerek létrehozása mindenki számára elengedhetetlen.
- Jó minőségű munkára, tisztességes foglalkoztatáspolitikára és biztonságos munkafeltételekre van szükség az egészségfejlesztésben.
- Optimális körülmények biztosítása, szerető, támogató, befogadó, ösztönző környezet biztosítása szükséges a korai gyermekkorban.

CHARTA A VILÁG LAKOSSÁGÁNAK EGÉSZSÉGÉRT

A Charta a Világ Lakosságának Egészségéért egy konzultációs folyamat eredményeként jött létre, melynek során több mint 100 népegészségügyi szervezet véleményét kérték ki, többek között a WHO-ét is.

A politika felismerte, hogy az egészség a növekedés, a fejlődés, az igazságosság és a stabilitás alapvető feltétele. Az egészséget különböző kormányzati szintek komplex és dinamikus viszonyai határozzák

meg. A kormányoknak figyelembe kell venniük a szociális, környezeti és viselkedési tényezők szerepét, beleértve a gazdasági feltételeket, az életkörülményeket, a demográfiai változásokat és az egészségtelen életmódot.

Mindezek alapján indokoltnak látják a globálisan változó társadalmi-politikai feltételek között áttekinteni a népegészségügy szerepét. Helyzetelemzésük szerint a valóságban szétagoltak, eltérőek és hiányosak a népegészségügyi szolgáltatások, tevékenységek, nincs egyetértés abban, milyen szolgáltatások, tevékenységek szükségesek, nincs közös szótár, ami akadályozza a népegészségügyi rendszerek eredményességét, beleértve a biztonságot, a szakemberképzést, a minőségi standardok kialakítását. A népegészségügyi szakpolitikák – főként a betegség-specifikusak – vertikálisak maradtak.

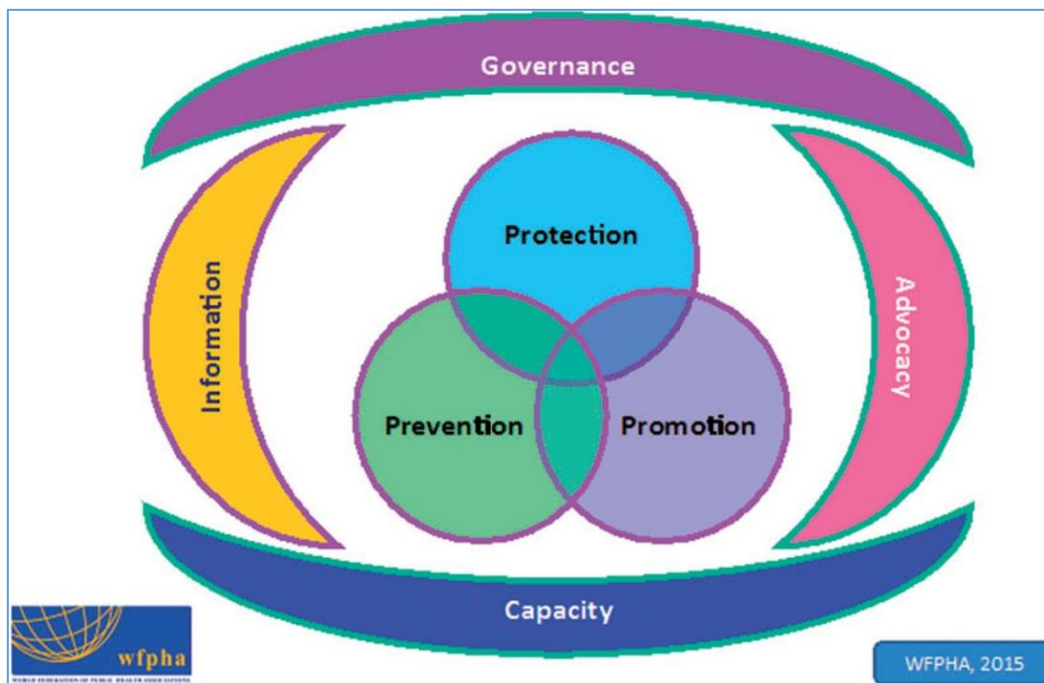
A konzultációk eredményét a Szövetség az alábbiakban foglalja össze:

- Valódi politikai elköteleződés szükséges, hiszen a politikusok gyakran csak a szavak szintjén foglalkoznak a népegészségüggyel.
- Az erőforrásokat a befolyásoló tényezőkre kell fordítani – fenntartható, átlátható módon.
- Figyelembe kell venni az ideológiák hatását.
- Korszerűbb és megbízhatóbb egészségi adatok szükségesek.
- Multiszektoriális és holisztikus megközelítés szükséges, ennek eléréshez széleskörű egyeztetést és a megközelítéssel összhangban lévő döntés-előkészítést kell megvalósítani a népegészségügyben.
- A WHO-nak kell a vezető szerepet felvállalnia.
- A népegészségügyben új vezetőkre van szükség.
- A kormányzatok befolyásolásához megfelelő koncepció szükséges.
- Új, kreatív megoldások kellene.
- Sikeres népegészségügy által megvalósított példákra van szükség.
- A „*know-do gap*”, vagyis a tudás és a gyakorlat közötti eltérés áthidalása szükséges, hiszen, annak ellenére, hogy a multiszektoriális megközelítési mód egyre gyakoribb a népegészségügyben, még semmi esetre sem tekinthető elfogadott formának.

A felhívás a népegészségügy számára meghatározza az un. alapszolgáltatásokat (egészségvédelem, megelőzés, egészségfejlesztés), illetve az alaptevékeny-

ségeket (irányítás, érdekképviselés, kapacitás és információbiztosítás). Ezek kapcsolatát az 1. ábra szemlélteti:

1. ábra: A népegészségügy alapszolgáltatásai és alaptevékenységei



Forrás: A Global Charter for the Public's Health—the public health system: role, functions, competencies and education requirements; doi:10.1093/eurpub/ckw011

Az átfedések a szolgáltatások és tevékenységek között elsősorban az egészségfejlesztés, a primer prevenció és a környezetegészség területén léteznek.

A népegészségügyi alapszolgáltatásokat és alaptevékenységeket a Charta az alábbiak szerint értelmezi:

- Egészségvédelem: nemzetközi egészségügyi szabályozás és együttműködés; egészséghatás vizsgálat; fertőző betegségek megfékezése; felkészülés vészhelyzetekre; foglalkozás-egészségügy; környezetegészségügy, klímaváltozás és fenntarthatóság;
- Megelőzés: primer prevenció: védőoltások; másodlagos prevenció: szűrés; harmadlagos prevenció: bizonyítékalapú, közösségre alapozott, integrált, személyközpontú, minőségi ellátás, rehabilitáció; ellátás szervezés-tervezés;
- Egészségfejlesztés: egyenlőtlenségek; környezeti meghatározók; társadalmi és gazdasági meghatározók; ellenálló képesség; magatartás és egészségműveltség; életút megközelítés; egészséges színterek;
- Irányítás: népegészségügyi szabályozás; egészségügyi és interszektoriális szakpolitikák; stratégia; finanszírozás; intézményrendszer; minőségbiztosítás: átláthatóság, elszámoltathatóság, auditálás;
- Információ: adatgyűjtés, monitorozás és értékelés; befolyásoló tényezők monitorozása; kutatás és bizonyítékok; kockázat és innováció; közreadás és átvétel;
- Érdekképviselés: vezetés és etika; egészségbeli igazságosság; társadalmi mobilitás és szolidaritás; lakosság oktatása; emberközpontúság; önkéntes közösségi szektor bevonása; kommunikáció; fenntartható fejlődés;

- Kapacitások: munkaerő fejlesztés a népegészségügyben, az egészségügyben és kapcsolódó ágazatokban; munkaerő tervezés: létszámok, erőforrások, infrastruktúra; standardok, tantervek, akkreditáció; képességek, oktatás, tréning.

A Charta a globális és nemzeti népegészségügyi rendszer fejlesztése érdekében az alábbi ajánlásokat fogalmazza meg:

1. **Konszenzus:** a globális népegészségügy közösen értelmezett és a WFPHA által elfogadott fogalmának meghatározása, amely az oktatás és képzés alapját képezi.
2. **Koordináció:** a WFPHA elismeri és támogatja a WHO vezető szerepét a globális népegészségügyben a multiszektoriális dialógusok, a koordináció és a döntéshozatal előmozdításában.
3. **Vezetés:** a népegészségügy vezető szerepe megerősítendő, hogy a Charta beépüljön az ágazatközi és az egészségügyi szakpolitikába és kormányzati működésbe, építve és megerősítve a meglévő koncepciókat.
4. **Munkaerő:** a népegészségügyi munkaerőnek a Charta szolgáltatásokra, tevékenységekre, szakpolitikákra vonatkozó iránymutatása alapján történő fejlesztése a globális egészségbiztonság és egészségügyi rendszer fenntarthatósága érdekében.
5. **Eszközök és alkalmazások:** esettanulmányokat, standardokat kellene előállítani, hogy példát lehessen mutatni a Charta globális és nemzeti szinten történő alkalmazására, az oktatás és képzés számára.
6. **Erőforrások:** a Charta megvalósításához politikai elkötelezettség, valamint a partnerek és a donorkoordinált támogatása szükséges.

KIÁLTVÁNY AZ EGÉSZSÉGES ÉS EGÉSZSÉGET TEREMTŐ TÁRSADALOMÉRT

Szintén az elmúlt év végén a Lancet folyóiratban tették közzé a Kiáltvány az egészséges és egészséget teremtő című dokumentumot⁴, amelyben a brit NHS szakemberei ismertették törekvéseiket.

Ezek közül az alábbi célkitűzéseket tartjuk fontosnak kiemelni:

2. célkitűzés:

Az egészségügyi ellátórendszer átalakítása: a kórház- és betegségek központú ellátás helyett, a személy- és egészség központú ellátás kialakítását fel kell gyorsítani és forrásokat biztosítani hozzá.

Szükséges az otthoni és közösségközpontú ellátás fejlesztése, az új technológia fokozottabb használata, új partnerek, szolgáltatók bevonására és egy újfajta infrastruktúra kifejlesztésére. A törekvések támogatására a szerzők jelzik, hogy az ENSZ egyik illetékes bizottsága szerint egy társadalom egészségi állapota nagymértékben hozzájárul a gazdasági fejlődéshez, illetve az egészségbe való befektetésnek a legmagasabb a megtérülési rátája.

3. célkitűzés:

A gazdaság minden szereplőjét és a népesség szélesebb köreit bevonva olyan tervet kell kifejleszteni és alkalmazni az egészséget teremtő társadalom felépítésére, amely az egészség-egyenlőtlenségek megszüntetését célozza.

A jelenlegi gyakorlat az egészségfejlesztés és a prevenció területén túl partikuláris, elaprózott, ezért egy jóval szélesebb ösztársadalmi megközelítésre van szükség.

4. célkitűzés:

Az Egyesült Királyság egészségügyi, ellátó és tudományos intézményeinek támogatni kellene az egészséges társadalom kialakítását, helyreállítását.

Összefoglalva: a dokumentumok kiemelik a népegészségügy felelősségét abban, hogy a változások szószólójává váljon az érdekhordozókkal együttműködve, a népegészségügyet támogatókkal közösen, egyben vállalva a konfrontációt az ellenzőivel, továbbá abban, hogy a kormányzatokat és más szereplőket igyekezzen rávenni az egészség támogatására. Kiemelik a célok megvalósításához szükséges kapacitásépítés fontosságát, a kutatókra, a gyakorlati szakemberekre és az informatikai háttérre vonatkozóan.

A jelenlegi széttagolt, ingatag és hiányos népegészségügyi ellátások helyett rugalmas népegészségügyi rendszerekre van szükség, helyi és globális szinten.

Sürgetik a nemzetközi megegyezést a népegészségügyi ellátások és tevékenységek pontos tartalmáról,

valamint a közös, pontos szakmai fogalmak létrehozását, amelyek pozitív irányba befolyásolják a népegészségügyi szervezetrendszer erőfeszítéseit. A dokumentumok koncepcionális keretként szolgál-

hatnak, amely a népegészségügyi szervezetrendszer számára lehetővé teszi a globális kommunikációt, a kapacitások racionális felhasználását, és a teljesítmény javítását, átgondolt beavatkozások révén.

¹ A Global Charter for the Public's Health—the public health system: role, functions, competencies and education requirements; doi:10.1093/eurpub/ckw011

² https://ephconference.eu/repository/publications/Vienna_Declaration_final_version_update28112016.pdf (Elérve: 2017. január 26.)

³ Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development; <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1> (Elérve: 2017. január 26.)

⁴ N. Crisp et al.: Manifesto for a healthy and health-creating society, Lancet 2016; 388: e24–27; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31801-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31801-3)

50 éves a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság

„Fodor József” Society of School Health celebrated the fifty-year-old anniversary of its foundation

Szerző: Aszmann Anna✉,^a Mezei Éva,^b Andrásovszky Csilla^c

a: csecsemő és gyermekgyógyász, FJIT vezetőségi tag, b: csecsemő és gyermekgyógyász, iskolaorvos, FJIT főtitkár, c: csecsemő és gyermekgyógyász, iskolaorvos, FJIT vezetőségi tag

Beküldve: 2017.02.15.

doi: 10.24365/ef.v58i1.141

Kulcsszavak: Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság (FJIT), Arany jubileum, eredmények és nehézségek

Keywords: „Fodor József” Society of School Health, Golden jubilee, achievements and difficulties

A Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság (továbbiakban: Társaság) 2016. október 15-én ünnepélyes keretek között emlékezett meg megalakulásának 50 éves évfordulójáról. Az ünnepelés része volt az Országos Tisztifőorvosi Hivatal épületében lévő Fodor József mellszobor megkoszorúzása, a tudós orvos Fiumei úti sírkertben található sírhelyének felkeresése, és Dr. Simon Tamás emeritus professzor, a Társaság hosszú ideig funkcionáló elnökének megemlékezése „Ki volt Fodor József? Hogyan sáfárkodtunk a ránk hagyott örökséggel?” címmel.

Fodor József, a nemzetközi szinten is jól ismert tudós orvos, közegészségügyi szakember kiemelt jelentőségűnek tartotta az ifjúság egészségének megőrzését. Az általa 1884-ben kidolgozott iskolaorvosi és egészségtan tanári képzés tervezetében először határozta meg az iskolában dolgozó orvosok erre irányuló tevékenységét, ezen belül is az egészségre nevelés szerepét. Fontosnak tartotta az erre felkészítő képzéseket, melyeket intézményében haláláig meg is tartottak.

A jubileumi ülésen az ifjúság egészségéért végzett munkájukért a következő kollégák részesültek elismerésben:

„Róna Borbála” Emlékérmeket kaptak: Dr. Kaposvári

Júlia, Prof. Dr. Simon Tamás, Dr. Szilágyi Mária.

„Egészséges Ifjúságért” Emlékérmeket kapott: Dr. Brunner Péter, a Társaság elnöke.

„Védünk, óvunk Ifjúság” kisplasztika tulajdonosai lettek: Dr. Somhegyi Annamária PhD, és Dr. habil. M. Darvay Sarolta.

Dr. Kaposvári Júlia – a Társaság alapító tagja és hosszú ideig annak főtitkára – foglalta össze a Társaság működésének Fodor József hagyományain nyugvó alapelveit.

A Társaság¹ kezdettől fogva nyitott szervezet, nagy hangsúlyt helyez az interdiszciplináris alapon működő csapatmunkára, és ezt szervezeti tevékenységében is érvényesíti. Tagjai közé fogad minden olyan egészségügyi, pedagógiai, pszichológiai, szociális és egyéb területen működő szakembert, aki elfogadja alapelveit, célkitűzéseit, és aki kész arra, hogy a gyermekek szomatikus, mentális egészségét és egészséges fejlődését szolgálja, kutatási, módszertani, oktatási, szociális és napi egészségügyi ellátó tevékenységeivel.

A Társaság célkitűzései között szerepel, hogy a közösségi egészségügyi ellátást, amely számos tekintetben más, szélesebb spektrumú, mint az egyéni orvoslás, a kor színvonalának megfelelően művelje

és támogassa. Ennek érdekében tagjai számára szakmai fejlődésükhöz a lehető legtöbb támogatást megadja.

Az iskola-egészségügyi munka alapfeladata a gyermekek és ifjak egészségvédelme. Ehhez hozzátartozik az egészségi állapot ellenőrzése mellett a szomatikus és mentális fejlődés folyamatos követése és értékelése (így például, az iskolai osztályokban történő szűrővizsgálatok, szakképző intézményekben a szakmai alkalmassági vizsgálatok, a terhelhetőségtől és egészségi állapottól függő testnevelési csoportba sorolás), a fejlődést és egészségi állapotot meghatározó környezeti tényezők (higiénés körülmények, iskolai étkezés, iskolai testi nevelés, szakképző intézményekben a gyakorlati oktatás körülményei) vizsgálata és javításukban való közreműködés.

A felsorolt tevékenységek ellátása során többféle lehetőség nyílik akár az egyéni, akár a csoportos egészségre nevelésre.

Mindezek a feladatok a határterületi szakmák elméleti és gyakorlati ismeretanyagának elsajátítását igénylik, valamint megkövetelik az iskolaorvosi és iskolavédőnői feladatokra való speciális felkészítést. A Társaság állásfoglalása szerint a felsorolt feladatokra való speciális felkészítés nélkül egyetlen iskola-egészségügyi szakembernek sem lenne szabad ezt a feladatot végezni.

Mivel az egészségügyi szakemberek, főleg az orvosok alapképzésében ezek az ismeretek hiányosak, a Társaság tevékenységének kiemelt területe a továbbképzésekben és a módszertani feladatokban való közreműködés.

A Társaság szakmai-módszertani és továbbképző tevékenységéről részletesebben Dr. Kaposvári Júlia, Dr. Aszmann Anna, Dr. Vámos Adrienn, Rákóczi Ildikó és Csordás Ágnes vezetőségi tagok, valamint Dr. Mezei Éva főtítkárnak számoltak be.

Dr. Molnár Alíz, Dr. Hanusz Klára, Dr. Martonyi Erzsébet, Dr. Melegh Csilla és Bechtold Mária a társasági élettel kapcsolatos személyes élményeiket, tapasztalataikat osztották meg a jelenlévőkkel.

A Társaság, együttműködve az Országos Gyermekegészségügyi Intézettel (2015. tavaszától Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet), a Magyar Védőnők Egyesületével és az Állami Tisztiorvosi és Népegész-

ségügyi Szolgálat iskolahigiénés szakembereivel, megalakulása óta vesz részt olyan módszertani irányelvek fejlesztésében, amelyek a közösségi egészségügyi ellátás magasabb színvonalát szolgálják. Például: a szomatikus fejlődésről, a tápláltsági állapot méréséről és értékeléséről szóló, a hallás és látás szűréséről, az egészségi állapothoz illeszkedő iskolai testnevelési csoportbeosztásról és a gyermekintézmények környezeti feltételeiről szóló irányelvek. Ugyancsak a felsorolt intézmények közreműködésével, bővülő tartalommal jelentek meg az iskola-egészségügyi munkát segítő tankönyvek 1986-ban, 1989-ben és 2005-ben „Az Iskola-egészségügy Kézikönyve”² címen.

Anyagi lehetőségeitől függően a Társaság az általa szervezett konferenciák írásos anyagait is megjelentette.

Mivel kezdettől fogva nagy hangsúlyt kapott a pedagógiai szakemberekkel és a közoktatás egyéb, segítő szakembereivel való együttműködés, két kiadásban megjelent az „Egészségvédelem az oktatásban” c. könyv, melynek célja a pedagógusok számára szükséges alapvető egészségügyi ismeretek közlésén túl az együttműködés területeinek megfogalmazása.

A jubileumi ülés keretében megtörtént a Társaság rendszeres és következetes, a kor követelményeinek megfelelő, interdiszciplináris jellegű továbbképző tevékenységének részletes bemutatása is. Az erről szóló felsorolás imponáló volt.

Az első két évtizedben a több száz fő részvételével szervezett, interdiszciplináris szakmai továbbképző rendezvények voltak jellemzőek (így például, 1996-ban az „Ezeréves a Magyar Iskola”, 1998-ban az „Esz, Nem eszi” c. táplálkozással és közétkeztetéssel foglalkozó konferencia).

A Társaság több ízben megszervezte az „Iskolaegészségtan és ifjúságvédelem” c. ráépített orvosi szakvizsgára előkészítő tanfolyamokat, amelyek szintén hiányt pótoltak.

Az 1990-es évektől – a jogszabályi változások és a továbbképzések hazai gyakorlatának változásai miatt – a kreditpontos továbbképzések váltak rendszeressé, „Iskolások Egészségéért” elnevezéssel, elsősorban orvosok és védőnők számára. A továbbképzések tematikája felöleli a gyermekintézményi egészségügyi prevenció szinte minden kérdését. A köznevelési intézményben tanuló krónikus betegek sajátos ellátási szükségletei mellett gyakran szere-

pel témaként a gyermekek tárgyi és pszichoszociális környezetének egészségre és fejlődésre gyakorolt hatása, értékelése, és ennek intézményi szinten való befolyásolása (így például, iskolahigiéne, immunizáció, közétkeztetés, testnevelés, gyakorlati oktatás, pedagógiai bánásmód). Ezen kívül számos esetben előadások és közös megbeszélések témái között szerepeltek: a gyermekek közötti bántalmazás, a gyermekjogok érvényesülése az iskolában, valamint az egészségi állapot és egészségmagatartás prediktív tényezői.

Mivel a hazai egészségügyi ellátási gyakorlat minden eddigi próbálkozás ellenére sem kezeli megfelelő szinten a serdülőkor problémáit, a Társaság hangsúlyosan és gyakran foglalkozik ennek az érzékeny életkornak a szomatikus, pszichés és társadalmi problémáival, és ösztönzi tagjait arra, hogy a megszerzett ismeretanyagot a napi gyakorlatban is hasznosítsák.

Melegh Csilla professzor emerita igen találó megfogalmazása szerint ezek a továbbképző rendezvények és a Társaság széleskörű együttműködése a gyógyító, kutató és képző intézményekkel, nemcsak a tudásanyag megosztását szolgálják, de módot adnak a „gondolkodásmódok megosztására” is. A professzor asszony előadásai, közleményei és részvétele a társasági életben jelentősen hozzájárultak a viselkedési problémák megértéséhez, mentálhigiéne szempontból történő értékeléséhez és kezeléséhez.

A Társaság szemléletmódjára, a továbbképzések tematikájára és módszertanára jellemző a gyakorlati kérdések napirenden tartása, valamint az ellátó rendszerrel kapcsolatos stratégiai, jogszabályi kérdések interaktív módon való megtárgyalása (kerekasztal, workshop), a konszenzus keresése, és a konszenzussal kialakított javaslatok továbbítása (így például, a „Közös Kincsünk a Gyermekek” c. gyermek-egészségügyi stratégia és az „Egészséges Nemzetért” c. népegészségügyi program kidolgozásában való részvétel).

A Társaság és a Magyar Védőnők Egyesülete közös szervezésében 2005-től kerülnek évente megrendezésre a „Tanévnyitó” konferenciák³, melyek elsősorban a soron következő tanév aktuális problémáira való felkészülést szolgálják.

Az iskola-egészségügyi ellátórendszer személyi és tárgyi feltételeinek alakulásáról, tevékenységéről történő visszajelzések fontosak a Társaság számára. Ide tartozik az iskola-egészségügy személyi feltételeinek alakulásáról és szűrő tevékenységéről történő évenkénti jelentések nyomon követése, valamint a szolgáltatást végzők munkakörülményeiről, a munkavégzéshez szükséges eszközök minőségéről szóló adatok összegyűjtése is.

2004-ben az ellátórendszer struktúrájára, erőforrásaira, szakfelügyeletére és jogszabályi környezetére vonatkozóan készült komplex felmérés.

Említésre került a Társaság eddig legnagyobb volumenű adatfelvétele is, amely 2005-ben zajlott, és a 2004/2005 tanévben végzett iskolai egészségfejlesztési munka felmérésére vonatkozott.

2011-ben az iskola-egészségügy ellátásának minőségére vonatkozóan többoldalú adatfelvétel történt, diákok, pedagógusok és szülők körében. Ennek eredményeképpen megállapítható volt, hogy a válaszolók döntő többsége fontosnak tartja a szolgálat tevékenységét és fenntartását, ugyanakkor nem lehet elhallgatni, hogy a szolgáltatók tevékenységét számos kritika is érte, elsősorban azokban az iskolákban, ahol részmunkaidős orvosok dolgoznak.

A javaslatokhoz szükséges adatgyűjtéseket pályázati támogatással, tagjai önkéntes munkája segítségével végezte el a Társaság. A jubileumi ülésen ezekről a felmérésekről részletesebben Dr. Aszmann Anna és Dr. Kaposvári Júlia számoltak be.

A Társaság a *European Union for School and University Health and Medicine* (Európai unió az iskola- és egyetemi egészségügyi ellátásért) nemzetközi szervezet tagja⁴, melynek két évente megrendezett konferenciái közül kettőt Magyarországon tartottak meg. Eddig minden konferenciának több magyar előadója is volt, sőt, több esetben a hazai szakemberek jelentős létszámban képviseltették magukat.

A társaságunk személyi összetétele, szervezeti élete az elmúlt 50 év alatt jelentős változáson ment át. Az eltelt évek folyamán létszáma nem növekedett, inkább csökkent. Ennek oka az egyéb szakmák (például, védőnői) képviselőinek és civil szerveződések megalakulása, a kettős tagsággal járó anyagi terhet ugyanis kevesen vállalják. Dr. Kaposvári Júlia kedvezőtlen tendenciaként említette, hogy a különböző érdekek megerősödése miatt a „korábbi hasz-

nos együttműködést, a csapatmunkát egyre inkább az önálló kompetenciahatárok érvényesítése váltotta fel és ez a minőségi munka rovására megy”.

Ezt a tendenciát a Társaság vezetősége a külső kapcsolatok aktív keresésével és erősítésével igyekszik kompenzálni.

Dr. Mezei Éva, a Társaság főtitkára beszámolójában kiemelte a Magyar Védőnők Egyesületével való együttműködés mellett az utóbbi néhány év más intézményekkel való hasznos együttműködéseit is. Többek közt a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) közösen szervezett „Az előrelépés lehetőségei az iskolai egészségfejlesztésben” c. konferenciát, és az „Iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos teendők összefoglalása az iskola-egészségügyi szakemberek számára” c. dokumentum elkészítését is említette.

2016-ban workshop került megrendezésre a hátrányos helyzetű gyermekek iskolai ellátása témában a NEFI, az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Tanszék Iskolapszichológia Kar, az Osztályfőnökök Országos Szakmai Egyesülete, a Tempus Közalapítvány Tudásmenedzsment Csoportja, a Kórházpedagógusok Egyesülete, valamint a II. Kerületi Családsegítő és Gyermekjóléti Központ szakembereinek részvételével.

A Társaság tagjai a honlapon (www.fjit.hu) és az évente átlagosan két alkalommal elektronikusan küldött HÍR-NÖK-ön keresztül tájékozódhatnak a Társaság eseményeiről, valamint a szakmai aktualitásokról.

A beszámolóban szó esett számos megoldatlan kérdésről is Dr. Kaposvári Júlia és Dr. Mezei Éva előadásában. Az évtizedeken át hangoztatott vélemény ellenére, miszerint az iskola-egészségügyi ellátás több szakmát érintő feladat, a mai napig megoldat-

lan a szakemberképzés, például, motiváció hiányában alig fordul elő, hogy valaki ráépített szakorvosi vizsgát kíván szerezni. Kevés az alapképzésben az orvos és védőnő számára egyaránt az iskolai csapatmunkára való felkészítés, a továbbképzés, illetve szinten tartó képzésük is esetleges. Ez még akkor is igaz, ha a Társaság és a Magyar Védőnők Egyesülete egyaránt megpróbál ezen változtatni. Sokan úgy kerülnek az ellátórendszerbe, hogy az ellátás sajátos feladataira semmiféle felkészítést sem kaptak.

Dr. Kaposvári Júlia kitért arra is, hogy „a társadalmi közgondolkodás zavarai hatványozottan csapódnak le az iskolai életben, úgy, mint a tanulók jogai és kötelességei, szülői felelősség kérdése, az egészségügyi kötelezettségek teljesítése; tanszabadság, a gyermekek jogainak értelmezése; a segítő intézmények munkamegosztásának és felelősségének nehézségei.”

A főtitkár beszámolt arról, hogy a Társaság vezetése számos alkalommal fogalmazott meg javaslatokat, illetve konzultált személyesen az Egészségügyi Államtitkársággal, az iskola-egészségügy feltételrendszerének javítása, a dolgozók szakmai érdekvédelme céljával – több-kevesebb sikerrel.

A szakmai alkalmassági vizsgálatok zökkenőmentes lebonyolítása érdekében egyeztető megbeszéléseket folytatott a Klebelsberg Intézményfenntartó Központtal is. Jelenleg az iskola-egészségügyi dolgozók béremelése és az iskola-egészségügyi rendelet megújítása, a tárgyi feltételek javítása érdekében kezdeményezett párbeszédet az egészségpolitika képviselőivel.

A jubileumi ülésen résztvevők a nehézségek ellenére bizakodóak: a kormányzat és az egészségpolitika egyre inkább felismeri a megelőzés fontosságát, a Társaság pedig a jövőben is képviselni fogja az ifjúság egészségének védelmét és az iskola-egészségügy megerősítésén fog fáradozni.

¹ <http://www.fjit.hu/> (Elérve: 2017.02.16.)

² Aszmann Anna, Békefi Dezső szerk: Iskola-egészségügy Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2005

³ <http://www.mave.hu/?q=webpage/iskolaegeszsegugy> (Elérve: 2017.02.16.)

⁴ European Union for School and University Health and Medicine <http://www.eusuhm.org/> (Elérve: 2017.02.28.)

Beszámoló az egészség társadalmi meghatározóival és az egészség egyenlőtlenségekkel foglalkozó szakértői munkacsoport üléséről

Report on the meeting of Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2017.02.07.
doi: 10.24365/ef.v58i1.136

Kulcsszavak: egészség egyenlőtlenség, épített környezet, migráció

Keywords: health inequality, built environment, migration

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága jelölése alapján a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) részt vesz az Európai Bizottság által működtetett, az egészség társadalmi meghatározóival és az egészség egyenlőtlenségekkel foglalkozó szakértői munkacsoport (*Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities*) munkájában. A munkacsoport, legutóbbi ülését 2017. január 10-11-én tartotta Luxembourgban.

A megbeszélés első napján több prezentáció tért ki a különösen sérülékeny társadalmi csoportok egészségére, illetve az ezzel kapcsolatos teendőkre. E témában elsősorban a hajléktalanok és a migráció egészségét érintő problémáit, illetve ezek megoldási lehetőségeit mutatták be.^{i,1} A migráció kiülezhetségi az egészség egyenlőtlenségeket az érkezőkkel szembeni diszkrimináció, illetve az emberi jogok sérelme révén. Említésre került az EU által finanszírozott *VulnerABLE* pilot projekt, amely a szakterület jó gyakorlatait gyűjtötte össze.ⁱⁱ

A találkozók második napján elsősorban az egészség egyenlőtlenségek csökkentését célzó együttes fellépés (*joint action*) szakmai előkészítése folyt. Az Európai Bizottság a 3. Európai Egészségprogram keretében előreláthatólag 2017 márciusában írja ki a pályázatot az együttes fellépésre, amely vélhetően 2017 nyarán kezdődik.

A pályázat tervezetében az alábbi munkacsomagok szerepelnek: a közös kezdeményezés koordinációja, disszeminációja, a kezdeményezés értékelése, az egészség egyenlőtlenségek jelentőségének integrálása a nemzeti egészségpolitikába, az egészség egyenlőtlenségek monitorozása, az egészségmagatartást befolyásoló épített környezet, migráció és egészség, a veszélyeztetett csoportok ellátáshoz való hozzáférése.

A NEFI tevékenységéhez az egészségmagatartást befolyásoló épített környezet munkacsomag kapcsolódik a legszorosabban, amelynek átfogó céljai: hozzájárulni az egészséges lakókörnyezet megteremtéséhez és fenntarthatóságához nemzeti, regio-

ⁱ Vándorlás vagy migráció alatt a népesség ideiglenes vagy tartós helyváltoztatását értjük, amelyet számtalan kiváltó ok (letelepedés, munkavállalás, tanulás, kikapcsolódás stb.) motiválhat. A szakirodalomban a migráció kifejezést általában azokra a népességmozgási folyamatokra használják, ahol a vándorlásban részt vevők helyváltoztatásuk során közigazgatási határt is átlépnek, tehát adott településen belüli mozgásokat ez esetben nem tekintik migrációnak. Pirisi Gábor, Trócsányi András Általános társadalom- és gazdaságföldrajz <http://tamop412a.ttk.pte.hu/files/foldrajz2/> (Elérve: 2017.02.07.)

ⁱⁱ <http://www.health-inequalities.eu/projects/vulnerable-groups/> (Elérve: 2017. 02. 14.)

nális és közösségi szinten, csökkenteni az egészség-egyenlőtlenségeket és támogatni az egészségfejlesztést. A specifikus cél stratégiák, szakpolitikák keresése, amelyek alapjául szolgálhatnak bizonyítékon alapuló jó, illetve ígéretesnek tűnő gyakorlatoknak, az egészséges lakókörnyezettel kapcsolatban. Ezen túl érdemes létrehozni egy gyűjteményt, amely támogató útmutatást adhat a döntéshozóknak és az érdekhordozóknak a témába. A munkacsomag a lakókörnyezet egészséges életmódra gyakorolt pozitív hatásainak a jobb megértését célozza, többek között ígéretes gyakorlatok azonosítása, a tagországok közötti tapasztalatcsere révén. A végső cél szakpolitikai ajánlások létrehozása, amelyek az egészséges lakókörnyezet kialakítását támogatják.

A megbeszélésen bemutatásra és megvitatásra került egy sablon is, amely segítségével átfogó kép készülhet a tagországok egészség-egyenlőtlenségekkel összefüggő szakpolitikáiról, illetve a tagországok beszámolhatnak a szakterületen történt legfrissebb

fejleményekről. Új kihívások jelentkeztek, amelyek nehezíthetik az egészség-egyenlőtlenségek további kezelését. Európának a migráció további hullámaira kell felkészülnie, valamint a gazdasági válság, a megszorítások komolyan befolyásolják az európai polgárok életét, különösen a hátrányos helyzetűekét.

A tervezett együttes fellépés egy fontos lehetőséget testesít meg, hogy „Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” című közlemény ajánlásai a gyakorlatban is megvalósuljanak hatékony akciók formájában.² Az Európai Bizottság és a tagországok közösen cselekednek majd, kiemelve az egészség társadalmi meghatározóinak szerepét és a tudatosság fokozását, figyelembe véve, hogy az akciók elmaradása károsan befolyásolja az egészséget, a társadalmi kohéziót és a gazdasági fejlődést.

Az együttes fellépést érintő eseményekről a későbbiekben is beszámolunk az Egészségfejlesztés folyóiratban.

¹ <http://tamop412a.ttk.pte.hu/files/foldrajz2/> (Elérve: 2017.02.07.)

² <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6265&langId=hu> (Elérve: 2017.02.07.)

Beszámoló az időskori törékenység megelőzését célzó ADVANTAGE Együttes Fellépés első találkozásjáról az Európai Bizottság sajtóközleménye¹ alapján

Report based on the European Commission's Press Release on the Kick-off Meeting of ADVANTAGE Aiming to Prevent Frailty

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2017.02.07.
doi: 10.24365/ef.v58i1.137

Kulcsszavak: időskori törékenység, egészséges idősödés

Keywords: frailty, healthy ageing

2017. január 19-20-án az ADVANTAGE Együttes Fellépés ünnepélyes keretek között megtartotta első találkozásját Madridban.

Összesen 64 résztvevő volt jelen 22 tagállam, és a konzorciumot alkotó több mint 40 szervezet képviselésében. Rajtuk kívül, több uniós finanszírozású projekt meghívottai mellett az Európai Bizottság is képviseltette magát az Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatóság (DG SANTE) és a Fogyasztó-, Egészség- és Élelmiszerügyi Végrehajtó Ügynökség (CHAFEA) révén.

Martin Seychell a DG SANTE főigazgató helyettese, és Elena Andradas a Spanyol Egészségügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium Népegészségügyi, Minőségügyi és Innovációs főigazgatója köszöntötte a hallgatóságot a hivatalos megnyitón. Mindketten hangsúlyozták a társadalmunkban jelentkező demográfiai változások jelentőségét, valamint, hogy ez a közös munka kulcsfontosságú az időskori korlátozottsággal együtt járó legfőbb állapot, a törékenység kezelésében európai szinten. A két nap során a résztvevők aktívan részt vettek az együttes fellépés fő céljainak megvitatásában és

megegyeztek a gyakorlati megvalósítást érintően a projektirányítás, szakmai tartalmak, eljárásrend és határidők kérdéseiben.

Ez az első együttes fellépés az időskori törékenység megelőzésére az Európai Unió harmadik Európai Egészségprogramjának (2014-2020) társfinanszírozásában, amelynek időtartama 3 év, költségvetése 3.500.000 euró. 22 tagállam és több mint 40 szervezet vesz részt benne. Az együttes fellépést Spanyolország a *Madrid Health Service-Getafe Hospital* révén koordinálja a Spanyol Egészségügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium támogatásával.

A munka, amely ezzel az összejövettel kezdődött, különösen aktuális Európában, mivel a demográfiai változásokkal együtt járó, a szociális és egészségügyi ellátás iránti megnövekvő igényekre irányul, amelyek a krónikus megbetegedések, az időskori törékenység, a fogyatékoság és az idős kor okozta terhekből erednek. Ezek a témák prioritásnak számítanak az Európai Unióban és a tagállamokban.

A projekt fő eredménye egy közös európai modell kialakítása lesz az időskori törékenység kezelésére,

amely a stratégiai döntések megalapozását szolgálja majd a diagnózis, a kezelés és az ezzel kapcsolatos képzések, a fogyatékoság és a multi-morbiditás területén; valamint ellensúlyozza a korlátozottság és a krónikus megbetegedések okozta növekvő terhekből adódó fokozott igényt az egészségügyi ellátás iránt. A projekt hozzá fog járulni az idősök ellátásának a hatékonyabbá tételéhez, beleértve a nemek közötti különbségekből adódó szempontokat, a jobb ellátás tervezését, az ellátások összehangolását, az innovatív szervezeti megközelítések ösztönzését, a jobb együttműködést a szakmai és informális gondozás között, valamint az önálló életvitel

támogatását.

Az együttes fellépés épít a korábbi tevékenységek eredményeire, például az Európai Innovációs Partnerség az Aktív és Egészséges Időskorért (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP-AHA*) munkájára, különösképpen annak A3 akciócsoportja által az időskori törékenység megelőzésére kidolgozott eredménytermékekre és bevált jó gyakorlatokra, valamint az Európai Bizottságnak az Európai Unióban végbemenő demográfiai változásokra adott válaszként 2012-ben megkezdett tevékenységére.

¹ PRESS RELEASE COMMUNICATION NOTE. ACTION ON FRAILTY PREVENTION POLICY IN EUROPE STARTED in ADVANTAGE KICK-OFF. http://www.promisalute.it/upload/mattone/documentiallegati/communicationpostkickoffADVANTAGE30012017_13660_2490.pdf (Elérve: 2017.02.22.)



A nők dohányzása

Women smoking

Szerzők: Kárpáti Tímea ✉, Kiss Judit, Demjén Tibor
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2017.01.20.

doi: 10.24365/ef.v58i1.131

Kulcsszavak: dohányzás, szenvedélybetegség, nők

Egészség I-III. füzet. 1925. Jan-Feb. 38-39. oldal
Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.

Ujabb időben az orvosok egyes nőknél oly tüneteket észlelnek, melyeket régebben észlelni nem volt módjukban. Az orvosok e tüneteket a dohányzásra azért vezetnek vissza, mert ezek nemdohányzó nőknél nem fordulnak elő.

A dohányzás ellen annak idején egyház és állam híába emelte tiltó szavát; egyre terjedt azóta, hogy 1550 körül tengerészek Spanyolországba, körülbelül 30 évvel később pedig telepések Angliába behozták. Azóta sok pártfogója akadt; az elsők egyike volt az a spanyol orvos, aki 1571-ben a dohány gyógyító erejét dicsérte. Sőt könyvet is írt róla. Ma már más véleményen vannak az orvosok. A dohány alkaloidja: a nikotin dohányzáskor a szájüreg és lélekző szervek nyálkás hártáján át a vérbe és innen a vérkeringés útján a szervezet minden részébe jut. Hatása, miután nem minden emberi szervezet egyforma, gyakran különböző. A kezdő dohányosnál vagyis annál aki a dohányzáshoz még nem szokott hozzá, félelmi érzés, szívdobogás, erősebb izzadás, hányás jelentkezik. Az érverés eleinte lassúbb, hányás jelentkezik. Az érverés eleinte lassúbb, később gyorsabb, az arc sápadt, néha ájulási érzés, sőt ájulás is bekövetkezhet. Idővel, ha hozzászoktunk a dohányzáshoz, ezen tünetek elmaradnak. Egyesek annyira hozzászoknak, hogy úgy érzik, hogy dohányzásra javul az emésztésük, felfrissül a kedélyük. Valóságos élet-szükségletükké válik.

Az óvatos ember nem szívja végig a szivarját, vagy cigarettáját, pláne ha nedves a dohány, mert úgy érzi, hogy a dohányzásnál a szivar, illetőleg a cigarettá végén összegyűl a nikotin; ösztönszerűleg tudja, hogy ez már nem jó neki.

A legtöbb ember étkezés után szeret rágyújtani, mert az a benyomása, hogy a dohányzás előmozdítja emésztését. A nikotin valóban fokozza az emésztő nedvek elválasztását és ezzel javítja az emésztést.

A dohányfüst beszívása, illetőleg lenyelése ártalmas. A dohányfüst ilyenkor a nyálkás hártya nagy felületét éri s így annak egyes alkotó részei a vérbe kerülnek. Idővel jelentkezik a nikotinizmus. Ilyenkor szenved a garat nyálkás hártájára, a gége, a tüdőcső stb. A gégeorvos első pillanatra felismeri a dohányzás okozta elváltozásokat. De a dohányfüstben lévő nikotin, szénoxid és egyéb anyagok (pyridin-bázisok) nemcsak a tüdőre hatnak károsan, hanem miután a vérbe kerülnek, a szívre és véredényekre is. Igaza van annak az orvosnak, aki azt állítja, hogy a nikotin az egyike a legerősebb szívmérgeknek. Több gyomor- és bélbaj az erős dohányzásra vezethető vissza. Néha az étvágy teljes hiánya a következménye. A dohányzás következtében az idegrendszer is szenved. Igaz, hogy sokan szívesebben végeznek szellemi munkát, ha szivaroznak vagy cigarettáznak. Sok ideg orvos azonban az idegrendszer működésének a túlsok dohányzás folytán beállott zavarát észlelte. Egyes esetekben a látás élességének csökkenését tapasztalják.

Igen gyakran győződhetünk meg arról, hogy az erős dohányzás vérszegénységgel jár. A bőr, különösen az arcbőr fonnyad. A nikotin következtében előállott elváltozások egy része visszafejlődik, ha a dohányzástól lemondunk. Sajnos, hogy ezt a szívnek már következményes súlyos elváltozásáról nem mondhatjuk.

Arra a kérdésre, vajon hány szivar vagy cigaretta engedhető meg egy hölgynek, nagyon nehéz felelni. Beöthy Zsolt, kiváló esztétikusunk egy ízben az mondta, hogy egy szép nő dohányzásra emlékeztető lehelete elrontja az illúziókat. Sok nő dohányzási szenvedélye miatt bizony túlteszi magát ezen a fel fogáson. A dohányzás mértéke különben egészen egyéni, hiszen azt sem tudjuk, hol kezdődik a dohányzással való visszaélés. Van nő, aki öt cigaretta elszívása után rosszul érzi magát, más meg 20-30 cigarettát jól tűr. A szervezet erőbeli állapota sem ad nekünk e kérdésre kielégítő feleletet. Van akárhány gyenge szervezetű nő, akinél erősebb dohányzás után sem jelentkezik semiféle kellemetlen érzés, viszont van erőteljes nő, aki egy cigaretta után gyengeségről, szédülésről panaszkodik.

Mint minden élvezeti szernél, úgy a dohánynál is, egészségünk érdekében szükséges a mértékletesség, ha már azt hisszük, hogy közérzésünk igényli. A nő inkább rászorul a mértékletességre, már gyengébb szervezetnél fogva is. A statisztika ezt bizonyítja. (Schuschny Henrik dr.)

A több mint 90 évvel ezelőtt íródott cikkben a szerző a dohányzás közérzetre gyakorolt hatását részletezi elsősorban, azonban azóta már ismertté vált, hogy a dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít. Ez a magatartás napjainkban közel 6 millió ember haláláért felelős évente - amiből 600 000-en közvetetten, vagyis a passzív dohányzás következtében veszítik életüket -, és ez a szám megfelelő és hatékony beavatkozások hiányában 2030-ra legalább 8 millióra fog emelkedni.¹ Ezeknek az elkerülhető halálásoknak több mint 80%-a az alacsony-, illetve közepes jövedelmű országokat érinti.

2015-ben 22 496 ember halt meg hazánkban a dohányzásra visszavezethető okok miatt, és több mint 500 000 egészségben eltöltött életévet (DALY) vesztettünk el. Ezzel Magyarország az Európai Unió 28 tagországa között a legrosszabb helyen állt annak ellenére, hogy 1990 óta csökkenő tendencia figyelhető meg a dohányzással összefüggő mutatókban, mind az aktív, mint a passzív dohányzás tekintetében.² A dohányzás okozza az aktív korú lakosság körében a legnagyobb gazdasági veszteséget - éves szinten 964 milliárd forintot -, ami megfelelt a 2010-es GDP 3,6%-ának.³

A Központi Statisztikai Hivatal által 2014-ben végzett Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) eredményei alapján a felnőtt lakosság 27,5%-a dohányzik, szemben a 2009-es 31%-al.⁴ A dohányzók aránya 3,5%-kal csökkent 2009-től, de a két időpont között csak az alkalmi dohányzók aránya esett vissza, a naponta dohányzóké lényegében nem változott (2014-ben 25,8%, 2009-ben 26,2%). A nemek szerinti megoszlásokat tekintve elmondható, hogy kismértékű, szignifikánsnak nem tekinthető csökkenés jellemző mindkét nem esetében a naponta dohányzók arányára. A dohányzók adatainak korcsoport szerinti elemzésével megállapítható, hogy a középkorúak körében 2000 óta mindkét nem esetében csökkent a dohányzók aránya, a csökkenés üteme ugyanakkor eltér egymástól: a férfiaknál határozott, egyértelmű irányú a változás, míg a nőknél inkább jelzés értékű. [1. ábra] A legidősebb korosztály esetében a férfiaknál kismértékű növekedés tapasztalható 2000 óta a dohányzás gyakoriságát tekintve.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) Dohányzás Fókuszpontja koordinálja a Nemzetközi Ifjúsági Dohányzásfelmérés (*Global Youth Tobacco Survey*, GYTS) országosan reprezentatív kutatásait, amely a 13-15 év közötti hazai fiatalok dohányzási szokásait vizsgálta.¹ A GYTS hazai eredményei azt mutatják, hogy 2012 és 2016 között nőtt a nemdohányzók aránya (10%-kal), valamint csökkent az alkalmi dohányzók (9%-kal) és a naponta dohányzók aránya egyaránt (8%-ról 6%-ra). A naponta dohány-

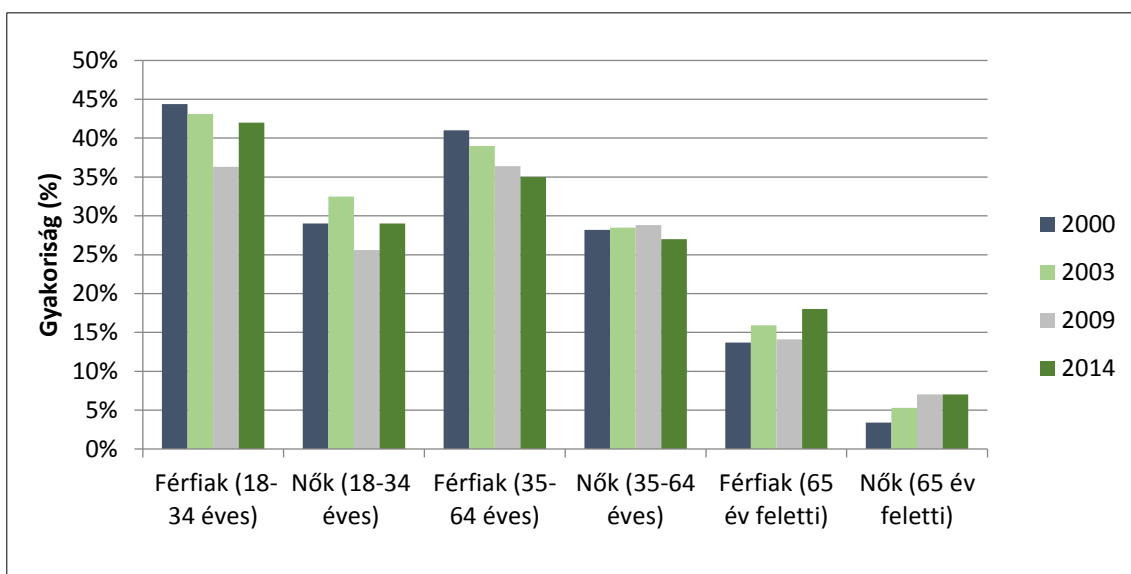
¹ A GYTS felmérésorozatot az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) és az amerikai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (*Center for Diseases Control and Prevention*, CDC) 1998-ban indította útjára. Az adatfelvételt rendszeres időközönként megismétlik a projektben résztvevő országok. Magyarországon eddig 5 alkalommal (2003, 2008, 2012, 2013, 2016) valósult meg a kutatás, a 2016. évi adatfelvétel eredményei jelenleg publikálás alatt állnak. A GYTS iskolai-alapú felmérés, amelynek mintájában 7-9. évfolyamba járó, zömmel 13-15 éves tanulók kerülnek be.

zó 13-15 évesek aránya 2012-ben 7,5% volt, míg 2013-ra ez 9,5%-ra emelkedett, a 2016-os adatok alapján pedig 6,5% volt, azaz a 2012-es évhez képest tovább csökkent. Az alkalmi dohányzók aránya 2012-ben 28% volt, ez 2013-ra 21%-ra, míg 2016-ban 19%-ra csökkent tovább. [2. ábra] Ezen túlmenően kedvezőtlen tendencia, hogy megfordult a nemek aránya, 2016-ra a lányok között volt

magasabb a naponta dohányzók aránya (fiúk: 6%, lányok: 7%).

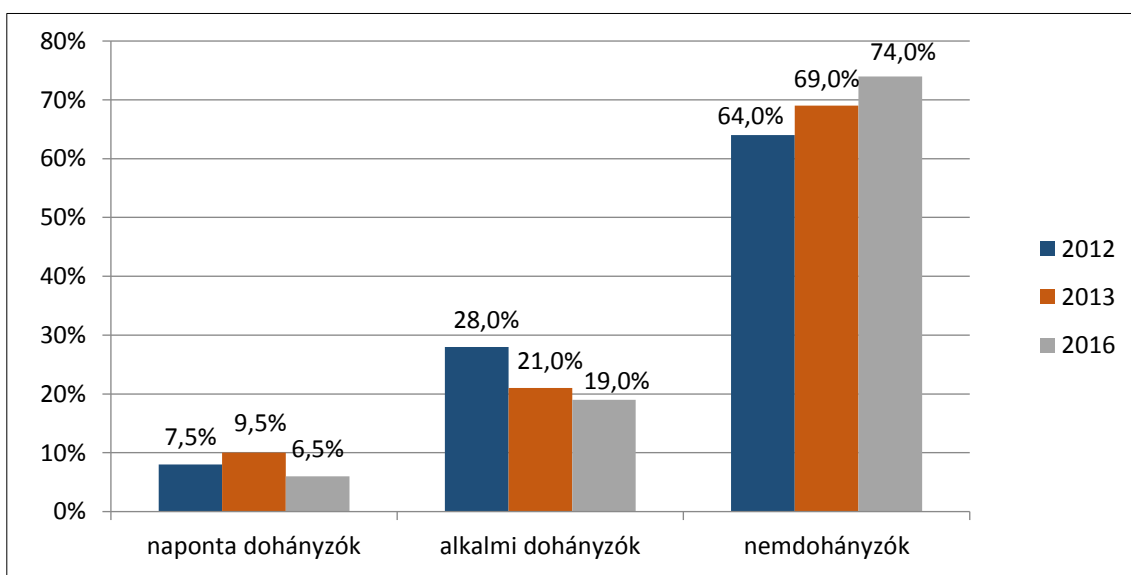
Az elmúlt 30 napban cigarettát fogyasztó fiatalok aránya 2012-ben 27% volt, 2013-ra ez az arány 24% lett, míg 2016-ban 18% volt, azonban az adatokat nemi bontásban vizsgálva megállapítható, hogy a lányok esetében magasabb, azaz 20%-os, míg a fiúk-nál 16%-os arány mutatkozik.

1. ábra: A jelenleg dohányzók százalékos arányai nemenként és korcsoportonként 2000 és 2014 között OLEF (2000, 2003) és ELEF (2009, 2014) publikált eredményei alapján



Forrás: Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) és az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) eredményei⁵

2. ábra: A naponta dohányzók, az alkalmi dohányzók, valamint a nemdohányzók megoszlása a 13-15 éves fiatalok körében



Forrás: Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2012-es, 2013-as és 2016-os felmérése⁶

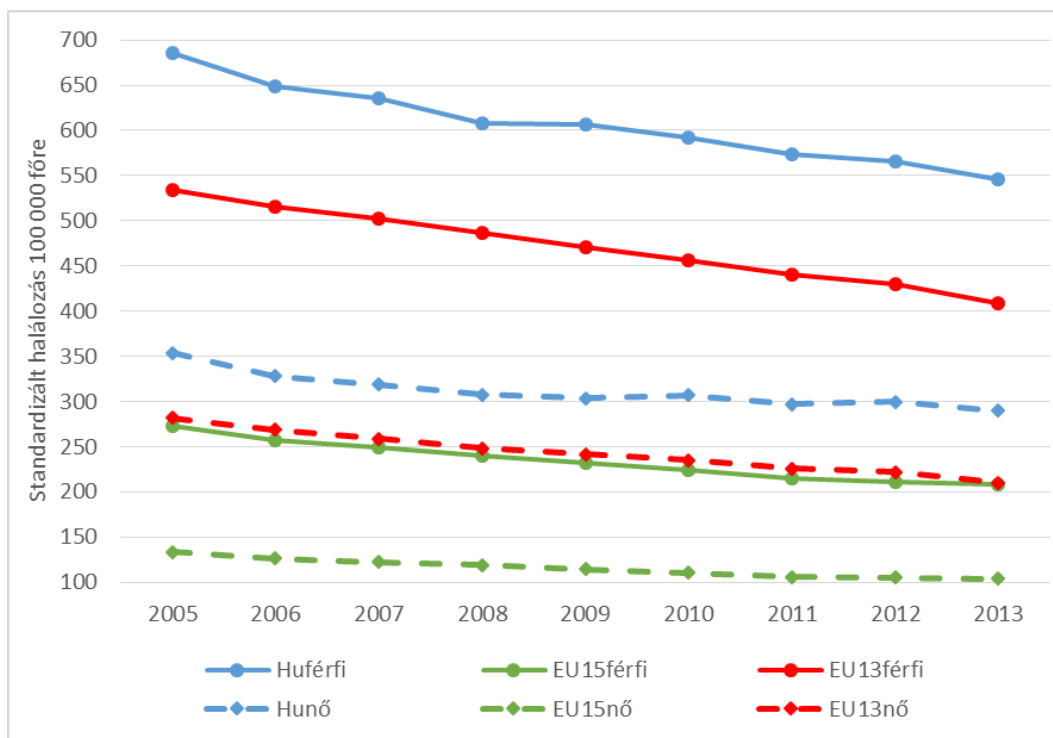
Azoknak a fiataloknak az aránya, akik az elmúlt 30 napban kézzel sodort cigarettát fogyasztottak 2012-ben 13% volt, 2013-ban ez az arány 14,5%-ra emelkedett, míg 2016-ban 8%-ra esett vissza, ugyanakkor a 2016-os adatokat szintén az jellemezte, hogy a lányok körében magasabb volt a kézzel sodort cigarettát fogyasztók aránya, mint a fiúk esetében (lányok: 9%, fiúk: 7%).

A magyar felnőtt lakosság körében egyre népszerűbb az e-cigaretta, e-szivar, e-pipa, e-vízpipa. A 2012-es és 2013-as hazai Felnőtt Dohányzás Felmérés részeként a válaszadók az elektronikus cigaretta használatával kapcsolatban is véleményt nyilvánítottak.^{7,8,ii} Míg 2012-ben a 18 éven felüliek 2%-a használt elektronikus cigarettát, 2013-ra ez az arány több mint 4%-ra emelkedett. A 2014. évi ELEF adatai alapján a hazai felnőtt lakosság 0,6%-a használt e-cigarettát, az Eurobarometer hazai adatai alapján az e-cigaretta alkalmazásának mértéke 0% volt ugyanebben az évben.

A GYTS hazai felméréseiben 2012-ben, 2013-ban és 2016-ban a fiatalok az elektronikus cigarettával kapcsolatban is nyilatkozhattak.⁹ 2012-ben a fiatalok 13%-a használt elektronikus cigarettát az elmúlt 30 napban (fiúk: 16%, lányok: 11%), míg ez az arány 2013-ra 9%-ra csökkent (fiúk: 10 %, lányok: 7%). A kutatások eredményei alapján, 2012-ben azon fiatalok közül, akik még soha nem próbálták a dohányzást 2,9% használt e-cigarettát, míg 2013-ra ez az arány 4%-ra emelkedett.

2016-ban némileg más módszertannal történt a kérdéskör vizsgálata. A kapott eredmények alapján a 13-15 évesek 23%-a kipróbálta már az elektronikus cigarettát élete során (fiúk: 25%, lányok: 21%), a kipróbálás átlagos életkora 14 év volt. A kapott eredmények alapján 10,1%-uk használta az elmúlt 30 napban (fiúk: 9,8%, lányok: 10,3%), és 0,5%-uk (fiúk: 0,8% lányok: 0,1%) használta napi rendszerességgel ezt a terméket.

3. ábra: A dohányzásnak tulajdonítható halálozás alakulása nemeként Magyarországon, az EU15 és az EU13 országokban 2005-2013 között



Forrás: Egészségjelentés 2016ⁱⁱⁱ

ⁱⁱ A szerzők tanulmányukban felhívják a figyelmet arra, egyrészt a felmérésben résztvevők száma viszonylag alacsony volt, másrészt a minta demográfiai összetételét tekintve jelentősen eltért a 2012-es felmérés mintájától, az eredmények értelmezésekor és a 2012-es adatokkal való összehasonlításakor az óvatosság indokolt.

ⁱⁱⁱ Az ábra a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet megjelenés alatt álló kiadványából, az „Egészségjelentés 2016” című dokumentumból származik.

A dohányzásnak számos társadalmi és gazdasági teher tulajdonítható.¹⁰ A halálozás 2005 és 2013 közötti magyarországi alakulását tekintve megállapítható, hogy 2005 óta a férfiak körében enyhe csökkenés figyelhető meg, míg nőknél stagnálás mutatkozik. A férfiak esetében 2005-ben 31 volt a 10 ezer főre számolt standard halálozási arányszám (SHA), addig 2013-ra ez 27-re változott. Nőknél ez az arányszám mindkét évben 11/10 000 fő körül mozgott.¹¹ [3. ábra]

A 2005 és 2013 között becsült értékek alapján megállapítható, hogy Magyarországon a dohányzásnak tulajdonítható halálozás aránya az európai trendeknek megfelelően csökkenő tendenciát mutatott. A 2016-os Egészségjelentés alapján a dohányzás a második legjelentősebb viselkedési egészségkockázat, amely főként a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségein keresztül fejt ki hatását, de fontos szerepet játszik a krónikus légzőszervi megbetegedések által okozott egészségveszteségek kialakulásában is. A magyar lakosság összes egészségveszteségének 14%-áért felelős, ami a férfiak esetében közel kétszer nagyobb egészségveszteséggel jár, mint nőknél (férfiak: 18%, nők: 10%).

A különböző felmérések eredményei alapján megállapítható, hogy a felnőtt hazai lakosságon belül a nők dohányzási gyakorisága minden mutató tekintetében kedvezőbb a férfiakénál. E mellett egyértelműen csökkenő tendenciát mutatnak az elmúlt időszakban a 13-15 éves fiatalok dohányzási gyakorisági adatai is. Azonban a fiatalok esetében 2016-ra a prevalencia alakulása megváltozott, azaz a lányok körében jelenleg magasabb a naponta cigarettázók aránya (6%), mint a fiúknál (4%).

A fenti adatok szemléletesen rávilágítanak arra, hogy a dohányzás problematikája napjainkban a társadalom milyen széles spektrumát érinti. Az anno cikkben még említést sem találunk a közvetett dohányzásról, a másodlagos dohányfüst expozícióról, annak ártalmairól, kizárólag az aktív dohányzás akkori ismert veszélyei kerültek ismertetésre. Ugyanakkor az azóta eltelt 92 év alatt bebizonyosodott, a passzív dohányzás is közrejátszik a mortalitási és a morbiditási mutatók alakulásában. Éppen ezért szigorú jogi szabályozás védi már a nemdohányzókat és érdekeiket, pl. a munkahelyeken, közintézmé-

nyekben, közlekedés során, vendéglátóhelyeken stb.

Míg a múlt század elején elődeink a szivarozásnak, pipázásnak, szipkázásnak vagy tubakolásnak hódolhattak a cigarettázáson túl, napjainkra ez a termékpalletta lényegesen színesebbé vált, többek között a dohányipar innovatív termékfejlesztése miatt, különösen a dohányzást imitáló elektronikus eszközök használatának engedélyezése óta. Azonban típustól, fajtától, gyártótól függetlenül valamennyi dohánytermék fogyasztása addikcióhoz vezethet.

A 92 évvel ezelőtti cikk is már felhívja a figyelmet a felnőtt nők esetében a dohányzás és az egyén egészségi állapotváltozására, egészségveszteség kapcsolatára, azonban a nők dohányzásának kérdésköre ezen az értelmezésen már messze túlmutat. Hiszen például ha a nő a várandóssága alatt is dohányzik, vagy várandósan ki van téve a dohányfüst expozíciónak, akkor nem csak saját, de a születendő gyermeke egészségét is veszélyezteti, a magzat méhen belüli életkilátásai romlanak, 1,2-1,6 szorosára emelkedik a 32. hét előtti koraszülés kockázata stb.

A várandósság élethelyzete nagyon jó lehetőség mind a nőknek, mind a környezetükben élőknek az életmódváltásra. Lényeges motiváció lehet ebben az állapotban, hogy megvédjék magzatuk, kisgyermekük egészségét, valamint saját egészségüket a dohányzás és a passzív dohányzás káros hatásaitól, de ezen túlmenően az is, hogy csökkentsék kiadásait, amely a gyermek születését követően is fontos gazdasági cél lehet. Ezért a várandós nők dohányzásról való leszokásának támogatása elsődlegesen fontos, lehetőség szerint minél korábbi időponttól kezdve, már a várandósságra felkészítő időszakban. Lényeges továbbá az is, hogy azok a várandós anyák, akik spontán felhagynak a dohányzással, megfelelő szakmai segítséget kapjanak a későbbi visszaszokás elkerülése végett. A várandós anyák leszokás támogatásán túlmenően fontos dolog a partnerek és környezetükben élők leszokásának segítése, amely gyarapíthatja a dohányfüst-mentes környezetben élő családok számát. A nemdohányzó családok megalapozhatják a gyermekekre irányuló korai prevenciót, amely részét képezi a komplex dohányzás visszaszorítási stratégiának is.

¹ WHO, Tobacco Fact sheet <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (Elérve: 2016.11.10.)

² A GBV projekt adatvizualizációs internetes oldala: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Elérve: 2017.02.20.)

³ Vitrai J.: A dohányzás társadalmi terhei Magyarországon; Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet; Budapest; 2012.

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_tarsadalmi_terhe_OEFI_2012_.pdf (Elérve: 2016.11.10.)

⁴ Statisztikai tükör: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> (Elérve: 2017. 02.27.)

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf> (Elérve: 2017. 02.27.)

⁵ Dohányzás visszaszorítása 2016:

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/dohanyzas_visszaszoritasa_2016_dohanyzas_fokuszpont.pdf (Elérve: 2017. 03. 07.)

⁶ <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> (Elérve: 2017. 02.27.)

7

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmer_es_honlapra_20131009.pdf (Elérve: 2016.11.10.)

8

http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/17_evnel_idosebb_lakossag_dohanyzas_felmer_es_II_honlapra_20140128_v2.pdf (Elérve: 2016.11.10.)

⁹ <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/hazai-es-kulfoldi-adatok-tanulmanyok> (Elérve: 2016. 09. 28)

¹⁰ Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet: Egészségjelentés 2015 - Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez: http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf (Elérve: 2016.11.10.)

¹¹ Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet: Egészségjelentés 2016 - Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez. (folyóirat megjelenésekor még kiadás alatt áll)

Olvasásra ajánljuk

Suggested readings

Kulcsszavak: rizikófaktorok, dohányzás, társadalmi-gazdasági tényezők, BMI, összhalálozás, alultáplált

Tartalom

Szocioökonómiai státusz és a 25x25 rizikó faktorok, mint a korai halálozás meghatározói: multikohorsz vizsgálat és meta-analízis 1,7 millió férfi és nő bevonásával.....	89
Testsúly és az életmódbeli tényezők összefüggése az összhalálozás, illetve betegség-specifikus halálozások között férfiak és nők körében: prospektív kohorsz vizsgálat.....	90

Szocioökonómiai státusz és a 25x25 rizikó faktorok, mint a korai halálozás meghatározói: multikohorsz vizsgálat és meta-analízis 1,7 millió férfi és nő bevonásával

Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women

Silvia Stringhini, Cristian Carmeli, Markus Jokela, Mauricio Avendaño, Peter Muennig, Florence Guida, Fulvio Ricceri, Angel o d'Errico, Henrique Barros, Murielle Bochud, Marc Chadeau-Hyam, Françoise Clavel-Chapelon, Giuseppe Costa, Cyrille Delpierre, Silvia Fraga, Marcel Goldberg, Graham G Giles, Vittorio Krogh, Michelle Kelly-Irving, Richard Layte, Aurélie M Lasserre, Michael G Marmot, Martin Preisig, Martin J Shipley, Peter Vollenweider, Marie Zins, Ichiro Kawachi, Andrew Steptoe, Johan P Mackenbach, Paolo Vineis†, Mika Kivimäki†, for the LIFEPAATH consortium

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30191-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30191-5)

Ismertető: Formanek-Balku Eszter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben bemutatott vizsgálat és meta-analízis összességében 1,7 millió férfit és nőt vont be 7 magas jövedelmű országból annak feltérképezésére, hogy a szocioökonómiai státusz, valamint a WHO 2025-ig tervezett stratégiájában meghatározott 25x25 rizikófaktorok (pl. túlzott alkoholfogyasztás, fizikai inaktivitás, jelenlegi dohányzás, magas vérnyomás, diabétesz és elhízás) milyen kapcsolatban állnak a korai halálozással és a várható élettartammal. A rizikófaktorok gyűjtőnévének meghatározása arra a célra utal, miszerint 2025-re 25%-kal csökkenjen a nem fertőző betegségek okozta korai

halálozás. Az eredmények alapján a rizikófaktorok közül a dohányzás jelenti a legnagyobb kockázatot, mert ez növeli meg legnagyobb mértékben a korai halálozás esélyét és ez csökkenti a legtöbb évvel, azaz 4,8 évvel a 40-85 év kor között várható élettartamot. A második helyen a diabétesz, harmadik helyen pedig a szocioökonómiai státusz áll. Ezért a kutatók legfőbb üzenete, hogy nem elegendő a rizikófaktorok csökkentése, hanem a társadalmi-gazdasági tényezők változtatására is nagy hangsúlyt kell fektetni a helyi és globális szintű egészséggel kapcsolatos stratégiák tervezése kapcsán.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A már ismert rizikófaktorok csökkentésén túl, a szocioökonómiai státusz javítása is szükséges, hogy csökkenti lehessen a korai halálozás mértékét.

Testsúly és az életmódbeli tényezők összefüggése az összhalálozás, illetve betegség-specifikus halálozások között férfiak és nők körében: prospektív kohorsz vizsgálat

Combined associations of body weight and lifestyle factors with all cause and cause specific mortality in men and women: prospective cohort study

Nicola Veronese, Yanping Li, JoAnn E Manson, Walter C Willett, Luigi Fontana, Frank B Hu

BMJ 2016; 355 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5855>

Ismertető: Formanek-Balku Eszter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben bemutatott vizsgálat egy 32 évig tartó követéses vizsgálat, amelyhez a résztvevők a *Nurses' Health Study* és a *Health Professionals Follow-up Study* c. kutatásokból kerültek ki.^{1,2} A vizsgálat célja, hogy elemezze a BMI kategóriák és az összhalálozás, valamint azon belül a daganatos és a kardiovaszkuláris megbetegedés okozta halálozás közötti esetleges összefüggéseket, figyelembe véve az életmódbeli faktorokat. A vizsgált életmódbeli faktorok közül alacsony rizikójúnak számított a naponta végzett 30 perces fizikai aktivitás, az AHEI index (egészséges táplálkozási index) által egészségesnek ítélt táplálkozás, a mérsékelt alkoholfogyasz-

tás (nők esetében 5-15 g, férfiak esetében 5-30 g alkohol naponta), valamint a soha nem dohányzó státusz. A vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy magasabb eséllyel halnak meg azok, akik BMI-jük alapján alultápláltak, vagy kórosan elhízottak, mint azok, akiknek normál a testtömegindexük. A BMI értéken túl azonban azoknak, akik ugyan elhízottak, de több alacsony kockázatú életmódbeli tényező is jellemző rájuk, csökken az esélyük a vizsgált halálozásokra, azon elhízottakhoz képest, akikre egy ilyen életmódbeli tényező sem jellemző. Az elemzések során Cox regressziós analízist alkalmaztak.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Nem csak az elhízás, hanem az alultápláltság is magas kockázatot jelent a halálozásban, azon belül pedig a daganatos és a kardiovaszkuláris megbetegedés okozta halálozásban.

¹ <http://www.nurseshealthstudy.org/> (Elérve: 2017.03.03.)

² <https://www.hsph.harvard.edu/hpfs/> (Elérve: 2017.03.03.)

Meghívó a XI. Biometriai Konferenciára

Invitation to the 11th Biometric Conference

A Klinikai Biostatistikai Társaság az idén tizenegyedik alkalommal rendezi meg a Magyar Biometriai Konferenciát. A szakmai találkozó tervezett témái: megfigyeléses vizsgálatok elemzése, kauzalitás, klinikai vizsgálatok, hiányzó adatok pótlása, népegészségügyi-, szociológiai- és mezőgazdasági alkalmazások, statisztika- és biometria oktatás Magyarországon. A konferencia szervezői várnak minden felsorolt, vagy egyéb biometriához kapcsolódó témában szóbeli vagy poszter előadással jelentkezőt, illetve érdeklődő résztvevőt.

A konferencia időpontja: 2017. június 9., helyszíne: Accelsiors Kft. (1222 Budapest, Háros u. 103.)

A részvételi díj 12.000 Ft, diákoknak és nyugdíjasoknak 7000 Ft.

Előadással, poszterrel április 5-ig, érdeklődő résztvevőként május 26-ig lehet jelentkezni. További információk a Társaság honlapján (www.biostat.hu) található.

Impresszum

KIADÓ

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
1113 Budapest, Diószegi út 64.

A kiadásért felel: Surján Orsolya
A szerkesztésért felel: Vitrai József
Honlap: www.nefi.hu

SZERKESZTŐSÉGI TAGOK

Főszerkesztő:
Surján Orsolya

Felelős szerkesztő:
Vitrai József

Szerkesztők:
Bezzegh Péter
Bíróné Asbóth Katalin
Fekete Krisztina
Háromszéki Zsuzsanna
Kutai Orsolya
Nyírády Adrienn
Réthy Lajos
Solymosy József Bonifác
Szűcs Erzsébet
Taller Ágnes
Varsányi Péter
Vitrai József

Tanácsadó Testület:
Füzesi Zsuzsanna
Gui Angéla
Koós Tamás
Paulik Edit
Sándor János
Simon Tamás
Terebessy András
Vajer Péter
Vokó Zoltán

KAPCSOLAT

Levelezési cím: 1113 Budapest, Diószegi út 64.
Email cím: folyoirat@nefi.hu

ISSN 2498-6666 (online kiadás)