

Félúton vagy tévúton?

A hazai népegészségügyi szolgálat átalakítás alatt...

Halfway or wrong way?

doi: 10.24365/ef.v58i2.166

Orosz Éva frappáns könyvcímét kölcsönözhetjük az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és háttérintézetinek közelmúltban lezajlott átalakításának értelmezéséhez.¹ Mint ismeretes, a központi népegészségügyi intézmények egyes részlegei az Emberi Erőforrások Minisztériumába (EMMI), egyes részei az új Országos Közegészségügyi Intézetbe, néhány egysége, funkciója az Állami Egészségügyi Ellátó Központba illetve a Kormányhivatalokba került április elsejével.

Amennyiben az átalakulás esetleg tévútnak bizonyulna, abban reménykedhetünk, hogy ez mihamarabb felismerésre és kiigazításra kerül.

Ha az átalakítást egy megújulási folyamat megkezdéseként félútnak tekintjük, előnynek könyvelhetjük el a népegészségügynek az egészségügyi kormányzat döntéshozatalába történő szorosabb integrálását. Kétségtelen ugyanis, hogy az átalakulással a népegészségügy szakmai érdekei „közelebb” kerültek a döntéshozatalhoz, a döntések előkészítése során várhatóan jobban érvényesülnek e terület szempontjai – remélhetőleg nemcsak az egészségügy, hanem az EMMI többi tárcájának szakpolitikájában is. Az operatív funkciók „kiszervezésével” az EMMI Országos Tisztifőorvos Feladatait Ellátó Helyettes Államtitkárság lehetőséget kapott kapacitását a stratégiai, az országos, rendszerszintű problémák megoldására koncentrálni. Megnyílik az út a hazai népegészségügyi rendszer elméleti-gyakorlati

megújítására, a nemzetközileg korszerűnek tartott szemlélet adaptálására. Fókuszba kerülhet az elsődleges megelőzés², a viselkedésváltozás³ vagy a rendszertudományi megközelítés,⁴ és a szakpolitikai döntéseket támogató országos információs rendszer kialakítása.^{5,6} Az új szemléletre alapozva sor kerülhet a népegészségügyi rendszer szervezetének, irányításának, a kutatások koordinációjának valamint az oktatás-továbbképzés rendszerének fejlesztésére. A közelmúltban napvilágot látott két, ebben a lapszámban ismertetett, hazai egészségügyet minősítő jelentés aggasztó adatai alapján reménykedhetünk, hogy a már „megtapasztalt” átalakulás még csak félút, és az előttünk álló félúton megvalósuló megújulás eredményeképpen a magyar lakosság egészségmutatói mielőbb „közelebb” kerülnek az európai uniós átlagokhoz.

Az átalakulás az Egészségfejlesztés folyóiratot is érintette: a lapot a továbbiakban az EMMI adja ki, a kiadásért Dr. Szentés Tamás helyettes államtitkár (következő számunkban olvashatják a vele készült interjút), a szerkesztésért továbbra is Dr. Vitrai József felel. A szerkesztőség létszáma és összetétele is megváltozott, azonban az elhivatottság, az elkötelezettség maradt a régi. Remélhető, hogy az olvasók továbbra is kitartanak a lap mellett (az emelkedő olvasottságról lásd a másik [szerkesztőségi cikket](#)), és az átalakulást fejlődésnek értelmezve, a félúton egyre nagyobb elvárással és elégedettséggel fordulnak az Egészségfejlesztés folyóirat felé.

¹ Orosz É. Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarorszáért Egyesület, 2000.

² Vitrai J. Konszenzuson alapuló népegészségügyi megközelítések. Egészségfejlesztés, 2016;57(3):1-2.

<http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=71> (Elérve: 2017.07.05)

³ Taller Á, Csizmadia P. Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban. Egészségfejlesztés, 2016;57(2):55-61. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=39> (Elérve: 2017.07.05)

⁴ Varsányi P, Vokó Z. Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény. Egészségfejlesztés, 2016;57(4):3-11. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=83> (Elérve: 2017.07.05)

⁵ Varsányi et al. Új hazai egészségmonitorozási koncepció. Egészségfejlesztés, 2016;57(1):41-48. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=10> (Elérve: 2017.07.05)

⁶ Csizmadia P, Vitrai J. Új nemzetközi népegészségügyi dokumentumok, 2016. Egészségfejlesztés, 2017;58(1):68-73. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=133> (Elérve: 2017.07.05.)

Szerkesztőségi hírek

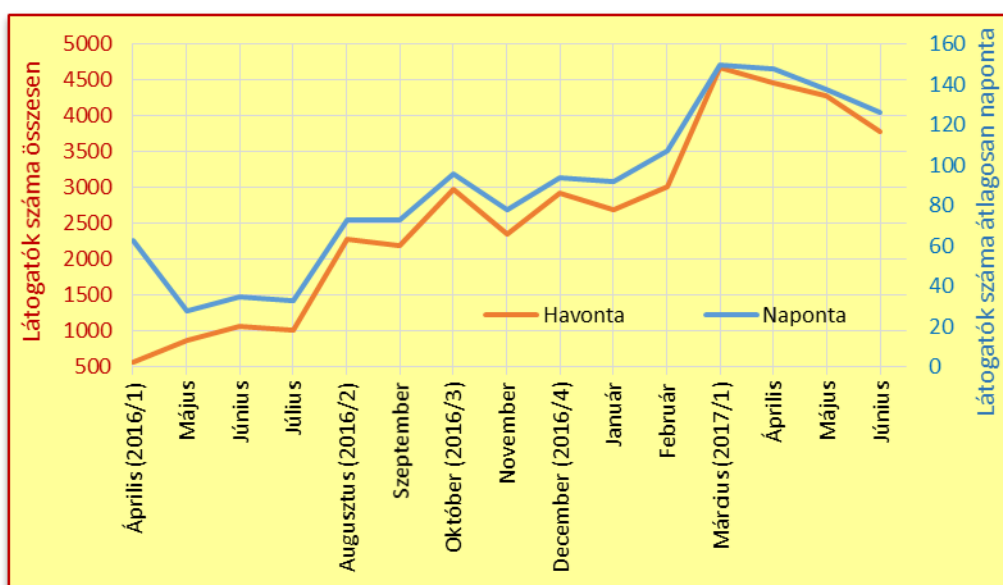
News from the editors

doi: 10.24365/ef.v58i2.167

A szerkesztőség örömmel osztja meg tapasztalatát arról, hogy az Egészségfejlesztés folyóirat olvasottsága folyamatosan emelkedik: a havi látogatószám

márciusban, a 2017-es első szám megjelenésekor megközelítette a 4700-at, az átlagos napi látogatószám pedig február óta 100 felett jár. [1. ábra]

1. ábra: Az Egészségfejlesztés folyóirat olvasottsági statisztikája, 2016-2017



A mennyiségi statisztikai adatok mellett érdekes lehet, hogy milyen témák érdeklik leginkább az olvasókat. A korábbi lapszámokban megjelent 110 írás összefoglalói közül az 5 legnagyobb figyelmet kapó cikket az 1. táblázat tartalmazza.

A legolvasottabb, teljes egészében letöltött közlemények 5-ös listája is figyelemre méltó abból a szempontból, hogy az egészségfejlesztés iránt érdeklődő szakemberek mit találtak leggyakrabban hasznosnak elolvasni. [2. táblázat]

1. táblázat

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerző(k)	Lapszám
336	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É., Szilágyi K., Vitrai J.	2016/1. szám
215	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J., Kun E.	2016/3. szám
213	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés	Balku E., Vitrai J.	2016/2. szám
181	Az egészségműveltség definíciói	Csizmadia P.	2016/3. szám
172	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés	Zsíros E., Balku E., Vitrai J.	2016/3. szám

2. táblázat

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerző(k)	Lapszám
308	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányel-vei és lehetőségei	Réthy L.	2017/1. szám
169	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a ha-zai iskolákban	Járomi É., Szilágyi K., Vitrai J.	2016/1. szám
127	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É., Vitrai J.	2017/1. szám
119	Beszélgetés a folyóiratról Dr. Surján Orsolya főigaz-gatóval	Kutai O.	2017/1. szám
114	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai fel-nőtt lakosság számára	Szűcs Zs.	2016/4. szám

A lap szerkesztői remélik, hogy az Egészségfejlesztés legújabb számával sikerül tovább növelni a folyóirat olvasottságát és bővíteni az elért szakemberek körét.

A 2017/2-es lapszám tartalmából ízelítőként:

- Saját vizsgálatuk alapján két szegedi szerző az iskolások táplálkozási szokásainak pszichológiai hátterét vizsgálta, s arra a következtetésre jutottak, hogy a személyiségbeli jellemzők nemcsak a táplálkozási magatartást, hanem az ahhoz kapcsolódó motivációkat is befolyásolják.
- A kultúrának az egészségben és a jóllétben betöltött szerepét elemző és szakpolitikai ajánlásokat megfogalmazó új WHO tanulmány ismertetése mellett a tényekre kíváncsi olvasók számára két friss, a magyarországi egészségügyi rendszer teljesítményét értékelő – a média figyelmét is felkeltő – jelentés összefoglalója kapott helyett ebben a lapszamban. Mindkét jelentés adatai arra engednek következtetni, hogy a hazai egészségügyi rendszer, de különösen a nép-egészségügy átfogó megújítása nélkül nem közelelhetők a magyar lakosság egészségi mutatói az európai uniós átlaghoz.
- A szakmai munkájuk megalapozásához hasznosnak találhatják a lap olvasói az egyenlőtlenségek „végső” okait feltáró szociológiai elmélet ismertetését, a komplex egészségfejlesztés lehetőségeinek, valamint az egészségfejlesztés gazdasági vonatkozásainak áttekintését. Ezek az írások ráirányítják a figyelmet az egészségfejlesztés korszerű szemléletét meghatározó, jelenlegi szakmai vitákra, támpontot kínálva a hazai gyakorlat frissítéséhez.
- A szokásos „Olvasásra ajánljuk” rovatunkban összegyűjtött, vezető külföldi szaklapokban megjelent cikkek ismertetése mellett hírt adunk egy hazai konferenciáról, amelynek népegészségügyet érintő előadásait az érdeklődők megtekinthetik. Végül egy könyvismertetést ajánlunk a Magyarország jövője iránt érdeklődő olvasók figyelmébe.

A szerkesztőség bíz abban, hogy az olvasói érdeklődés növekedése a jövőben is folytatódik, és minél többen tudják munkájukban hasznosítani az Egészségfejlesztésben olvasottakat. A 2017-es második lapszám változatos cikkeinek közreadásával ehhez kívánunk hozzájárulni.

Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és egyes személyiségbeli jellemzőkkel középiskolások körében

The correlation of eating behavior with food preference motivation and personality related factors among adolescents

Szerzők: Szabó Katalin^a✉, Pikó Bettina^b ✉

a: SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged, b: SZTE Magatartástudományi Intézet, Szeged

Beküldve: 2017.05.18.

doi: 10.24365/ef.v58i2.152

Bevezetés: Manapság a betegségek megelőzése és az egészség fenntartása az egyik legfontosabb nemzeti és nemzetközi célkitűzés. Erre irányulnak az egészségmagatartással kapcsolatos kutatások, amelyek az egészséges és az egészségtelen életmód szempontjait vizsgálják. Az egészségmagatartáson belül kiemelten fontos a táplálkozás, mivel az elhízás, és az ebből eredő betegségek súlyos terheket jelentenek egyéni és társadalmi szinten egyaránt. A helyes táplálkozási szokásokat már kisgyermekkorától kellene kialakítani, de a serdülőkor a legérzékenyebb időszak, amely során érdemes odafigyelni a megfelelő mennyiségű és minőségű tápanyagbevitelre, tekintettel az ekkor zajló testi és lelki változásokra. Kutatásunkban ezért is tűztük ki célul középiskolások táplálkozási szokásainak, magatartásának és motivációinak felmérését. Ezenkívül szintén elemeztük bizonyos személyiségbeli jellemzők (önkontroll, optimizmus/pesszimizmus, énhatékonyság) összefüggését az étkezési magatartással és a motivációkkal.

Módszerek: Vizsgálatunkat egy budapesti szakgimnáziumban végeztük 97 fő bevonásával. A minta 70,1%-a lány, életkorának átlaga 17,4 év, szórása 1,5 év volt. Az adatgyűjtéshez önkitöltős kérdőívet alkalmaztunk.

Eredmények: Eredményeink azt mutatják, hogy a vizsgált serdülők körében a reggelizés és a családdal töltött étkezések gyakorisága elmarad a várttól. Az étkezési magatartást vizsgálva megállapítható, hogy az optimizmus, az önkontroll, és kisebb mértékben az énhatékonyság, egészségvédő hatásúak a táplálkozás szempontjából, szemben a pesszimizmussal. Az étkezési motivációk eltérnek az egészséges és egészségre kockázatos ételek fogyasztása terén: míg az előbbieket esetében az egészség a fontos szempont, az utóbbiaknál fontosabbak az érzelmi hatások, a szokások, és akár a társadalmi normák, imázs is. A személyiségbeli jellemzők nemcsak az étkezési magatartást, hanem a motivációkat is befolyásolják.

Következtetés: Ezek az eredmények felhasználhatók a fiatalok ételválasztási preferenciáira építő preventív programok kidolgozása során.

Kulcsszavak: étkezési szokások, étkezési magatartás, étkezési motivációk, serdülők

Introduction: Nowadays prevention of disease and maintenance of health are among the most important national and international aims. Research projects of health behavior are focused on examining the aspects of healthy and unhealthy lifestyles. Nutrition is especially an important part of health behavior, because obesity and related diseases are a serious burden at both individual and societal level. The appropriate eating habits should be elaborated as early as from childhood, but adolescence is the most sensitive period when people should pay attention to

adequate quantity and quality of nutrient intake regarding changes in body and mind. Therefore, in our research we aimed to measure adolescents' eating habits, behavior and motivations. Besides, we also investigated the relationship of some personality variables (self-control, optimism/pessimism, self-efficacy) with eating behavior and motivations.

Methods: Our study was going on with the participation of 97 high school students in Budapest. The mean age of the sample was 17.4 years, standard deviation was 1.5 years, and 70.1% of the participants were girls. For collecting data we used self-administered questionnaire.

Results: Our results suggest that the frequency of breakfast and eating with the family is less than it has been expected. From the aspect of eating behavior we can assess that optimism, self-control and self-efficacy to a smaller degree have a health protective role in contrary of pessimism. Eating motivations are different in consuming healthy and risky foods: in the case of healthy diet health is the major motivation factor, while behind unhealthy diet affective influences, habits, social norms and image are in the background. Personality related factors may influence not only eating behavior but also motivations.

Conclusion: These results may be used for working out preventive programs based on adolescents' food choice preferences.

Keywords: eating habits, eating behavior, eating motivation, adolescents

BEVEZETÉS

A fiatalok optimális testi és lelki fejlődéséhez szükséges a megfelelő táplálkozás, mégis a gyermekek és serdülők táplálkozási szokásai egyre kedvezőtlenebbek világszerte.¹ Kamaszkorban a függetlenedés, a kockázatkereső magatartás, illetve a kortársnyomás hatására változhatnak az étkezési szokások.^{2,3} A gyorsételek fogyasztása, a rendszertelen étkezések, a szükségtelen fogyókúrák, a felgyorsult életritmus, a média hatásai és az aktuális kulturális társadalmi divathullámok hosszútávon az egészséget is veszélyeztetik.^{4,5} Az egészségtelen táplálkozásból eredeztethető betegségek, valamint a serdülőkorban zajló testi változások miatt még jobban oda kellene figyelni a megfelelő tápanyagok bevitelére.⁶ A táplálkozás minőségének mutatója lehet az étrend összetétele, valamint környezeti szempontból a szülők és a kortársak hatásai. Gyermekekben a szülők feladata az egészséges ételek és a közös családi étkezések biztosítása.² Később ez a kortárs-hatásra módosulhat, főként a lányok körében, akik az ételválasztás terén hamarabb önállósodnak.³ Ezért is fontos megismernünk a serdülők étkezési szokásait, ételválasztásuk motivációit, illetve a szokásokat befolyásoló pszichológiai tényezőket.

A megfelelő tápanyagszükséglet bevitelére nagy gondot okoz, hogy sokan nem ismerik az egyes ételek egészségre gyakorolt hatását. Ez a fiatalabbakra még jobban jellemző. Magyarországon különösen

magas az egészségtelen táplálkozásból származó betegségek aránya, úgymint az elhízás és az ezzel együtt járó magas vérnyomás és cukorbetegség.⁷ Ez a tendencia a fiatalok körében is megfigyelhető: a lányok 12%-a és a fiúk 22%-a túlsúlyos, amely a széles körben elterjedt gyorsételek és snackek, valamint a cukros üdítőitalok túlzott fogyasztásának eredménye lehet.^{4,8} Viszont a 15-17 évesek között a másik véglet sem elhanyagolható, a lányok negyede és a fiúk ötöde kórosan sovány, ami a túlzott diétázásra, testképzavarokra és evési zavarokra utal.^{8,9} A főétkezések száma és gyakorisága, a reggelizés, az étrend összetétele és a közös családi étkezések meghatározzák a megfelelő étkezési szokásokat, és csökkenthetik a túlsúly kialakulását. A magyar serdülők a nemzetközi átlagot el nem érő aránya reggelizik (48,3%), illetve a közös családi étkezések száma is alacsony (mindennap: 7,3%), amely a modellhatás szempontjából hátrányos lehet.² Az egészséges táplálkozással összefüggésben megállapíthatjuk viszont, hogy a fiatalok gyümölcs- és zöldségfogyasztása a nemzetközi átlagnak megfelel, sőt a zöldségfogyasztás mértéke nőtt az elmúlt években.² Az elhízás, a különböző táplálkozási zavarok és azzal kapcsolatos betegségek megelőzéséhez, valamint az egészség fenntartására szolgáló prevenciós programok kidolgozásához fontos tudni azt, hogy az egyének miért választják az adott ételeket, amelyeket fogyasztanak.¹⁰ Az étkezés hátterében számos motiváció meghúzódhat az éhségérzeten kívül.

Ilyen például az étkezés közbeni kellemesség érzése, az étel kinézete és illata.^{11,12} A táplálkozási szokásokra nemcsak egyéni, hanem szociális tényezők is hatnak, mint a közös étkezések, amelyek befolyásolhatják az ételleink kiválasztását¹¹, valamint a szociális normák és mások elvárásai.¹³ Az ételválasztási motivációkat befolyásolja az életkor is. Sproesser kutatásaiból az derül ki, hogy míg a harminc évnél idősebbek számára az ételek megválasztásánál fontos a természetesség iránti igény, valamint az ételek egészséges volta, addig a fiatalabbak motivációjában nagyobb súllyal szerepelnek olyan jellemzők, mint a kinézet, az öröm, az étel ára, a tetszés, az éhségérzet, vagy akár a társadalmi normák és az érzelmek.¹⁴ A magyar lakosság étkezési magatartásának a motiváció szempontjából történő szegmentálására használt Holland Evési Kérdőív (DEBQ) alapján a következő klasztereket különítette el egy kutatás: 1) neutrális evők, 2) inger-evők, 3) funkcionális evők, 4) társasági gourmet-k és 5) tudatos evők. Az első három klaszterbe inkább a férfiak, az utolsó kettőbe pedig inkább a nők tartoznak bele.¹⁵ A serdülők motivációi ettől eltérhetnek, ennek megismerésére azonban eddig még nem került sor, ezért is vontuk be vizsgálatunkba ezt a befolyásoló tényezőt.

Az ún. étkezés-szabályozási motivációs elmélet¹⁶, valamint az étkezéssel összefüggő öndeterminációs elmélet¹⁷ alapján fontos megismernünk a fiatalok étkezési magatartásának hátterében megbújó pszichológiai tényezőket, amelyek a kontroll és a szándék révén az egészséges vagy éppen egészségtelen ételek irányába motiválhatják őket, sőt, akár diszfunkcionális étkezési szokásokat vagy étkezési zavarokat is előidézhetnek. Korábbi kutatások számos pszichológiai, többek között a személyiséggel összefüggő változóval hozták összefüggésbe az étkezési magatartást. Elemzésünk fókuszába olyan személyiségbeli tényezőket választottunk, amelyeket a szakirodalomban korábban már vizsgáltak, de összefüggésük nem egyértelmű, ezért további vizsgálatokat igényel. Ilyen az önkontroll, ami fontos tényezője lehet az egészséges táplálkozásnak, mivel korlátozni tudja a nem kívánt viselkedést.¹⁸ Egy kutatásban például kimutatták, hogy a nagyobb mértékű önkontrollal rendelkező serdülők kevesebb pénzt költenek édességre, különböző nassolnivalókra és üdítőitalokra.¹⁹ Ugyanakkor egy egyetemista mintán végzett vizsgálat azt állapította meg, hogy míg az önkontroll az egészségtelen nassolásban valóban

visszatartó erő, a gyümölcs- és zöldségfogyasztással nem függ össze.²⁰ Kevés kutatás igazolta az önkontroll és az egészséges étkezés közötti kapcsolatot, kivétel ez alól egy vizsgálat, amely a pozitív egészségmagatartással talált összefüggést, méghozzá a testedzéssel és az egészséges nassolással.²¹ Az önkontrollal ellentétben az énhatékonyság olyan fontos személyiségbeli jellemző, ami pozitív irányú összefüggést mutat a zöldség- és gyümölcsfogyasztással²², valamint az alacsonyabb zsírtartalmú ételek fogyasztásával.²³ Szintén meghatározó lehet az optimizmus/pesszimizmus, amelyet meghatározónak találtak egy finn kutatásban, pl. a zöldség- és gyümölcsfogyasztással kapcsolatban: az előző növelte, az utóbbi pedig csökkentette ezen tevékenység gyakoriságát, e mellett a pesszimizmus több egészségtelen ételre csábította a megkérdezetteket.²⁴ Ugyanakkor figyelembe kell vennünk a serdülőkorra jellemző irreális optimizmust is, amivel kapcsolatban megállapították, hogy negatívan hat a táplálkozási viselkedésre, mivel az egészségtelen étkezésből eredő kockázatok alulbecslését eredményezheti.²⁵ Mindezek alapján úgy döntöttünk, hogy a motivációk mellett ezeket a személyiségbeli jellemzőket is bevonjuk a kutatásba, nem utolsósorban azért is, mert az előbbi tényezőket is befolyásolhatják az étkezési magatartás mellett.

Jelen kutatás egy nagyobb, átfogó vizsgálat pilot elemzését jelenti, ami főként az előzetes tesztelésre és leíró adatok értelmezésére fókuszált. Ennek megfelelően célkitűzéseink a következők voltak: 1) felmérni a középiskolások étkezési szokásait (a reggeli és a családdal együtt történő étkezések gyakoriságát), 2) étkezési magatartását, 3) megismerni az étkezési motivációikat, amelyek szerepet játszanak az ételválasztási preferenciájukban, végül 4) megvizsgálni, hogy az étkezési magatartásuk milyen kapcsolatban áll ezekkel a motivációkkal, valamint egyes személyiségbeli jellemzőkkel, mint az önkontroll, az énhatékonyság és az optimizmus/pesszimizmus. Az utóbbiaknak a motivációkkal való kapcsolatát szintén ellenőriztük.

MINTA ÉS MÓDSZER

Vizsgálatunkat, amely a fiatalok étkezési szokásait és ételválasztási motivációinak pszichológiai hátterét elemző kutatási projekt pilot vizsgálata, egy budapesti szakköznevelőiskola 9-12. osztályában végeztük

97 fő bevonásával. A minta életkorának átlaga 17,4 év, szórása 1,5 év volt, az életkori terjedelem 15-20 év közötti. A minta 70,1%-a lány volt.

Az adatgyűjtéshez önkitöltős kérdőívet használtunk, amely szociodemográfiai és egyéb alapinformációkat tartalmazó kérdéseket, táplálkozással kapcsolatos kérdéseket, valamint a személyiséggel összefüggő változók közül az énhatékonyságot, az optimizmust és pesszimizmust, valamint az önkontrollt mérő kérdőíveket foglalta magában.

A szociodemográfiai és egyéb alapinformációkat

tartalmazó kérdésekhez tartozott a nem, a kor, az iskola típusa, az évfolyam, az iskolai osztályzatok, a szülők iskolai végzettsége, a szocio-ökonómiai státusz, a szülők családi állapota, és hogy a vizsgálati személy kivel él együtt, a testvérek száma, valamint a testsúly és a testmagasság a testtömegindex kiszámolásához.

A táplálkozási szokások és magatartás felméréséhez a 2014-es HBSC felmérés (*Health Behaviour in School-Aged Children*) releváns kérdéseit használtuk.² [1. és 2. táblázat]

1. táblázat: Az étkezési szokásokra vonatkozó kérdések I.

„Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni tanítási napokon?”/hét	soha	egyszer	kétszer	háromszor	négyszer	ötször
„Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni hétvégeken?”/hét	soha		csak egyik napon		szombaton és vasárnap is	
„Milyen gyakran reggelizel együtt édesanyóddal és édesapáddal?”	soha	ritkábban, mint hetente	hetente 1-2-szer	hetente 3-4-szer	hetente 5-6-szor	mindennap
„Milyen gyakran vacsorázol együtt édesanyóddal és édesapáddal?”	soha	ritkábban, mint hetente	hetente 1-2-szer	hetente 3-4-szer	hetente 5-6-szor	mindennap

Forrás: HBSC 2014²

2. táblázat: Az étkezési szokásokra vonatkozó kérdések II.

„Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat?”	Soha	Ritkábban, mint hetente	Hetente egyszer	Hetente 2-4-szer	Hetente 5-6-szor	Minden nap	Minden nap többször is
Gyümölcs							
Zöldség							
Húsok							
Édességek							
Cola és/vagy más üdítőital							
Energiaital							

Forrás: HBSC 2014²

A táplálkozási motivációk feltérképezéséhez az Étkezési Motiváció Kérdőívet (továbbiakban TEMS), annak átdolgozott és rövidített változatát alkalmaztuk, amit a szerzők fordítottak magyarra, validálására később kerül majd sor.^{10,14} A kérdőív az „azért eszem, amit eszek” állításhoz 45 táplálkozási motivációt sorol fel (például: „...mert megszoktam, hogy ezt eszem”). A válaszok arra vonatkoznak, hogy a megkérdezett választásában milyen gyakran játszanak szerepet ezek a motivációk egy 7 fokú Likert-skálán bejelölve (1 = soha, 7 = mindig). A 45 válasz 15 faktorba sorolható: kedvelés, szokások,

szükséglet, egészség, kényelem, öröm, tradíció, természetesség iránti igény, szociabilitás, ár, látvány, súly, érzelmi hatás, társadalmi imázs és társadalmi normák.

A pszichológiai változók közül a Scheier és Carver által kidolgozott *Life Orientation Test (LOT)* nevű skála²⁶ magyar verzióját alkalmaztuk az optimizmus és a pesszimizmus mérésére (a magyar mintán mért pszichometriai jellemzőket lásd Bérdi és Köteles kutatásában).²⁷ A mérőeszköz összesen 10 állításból épül fel (például: „Bizonytalan időkben a legjobbat várom”), amelyek közül három pozitív, illetve három

inverz, valamint négy szűrő állítás. Ötpontos válaszadási skálán lehet megjelölni az egyetértés mértékét. A módszer megbízhatósági mutatója a saját mintával, Cronbach alfa = 0,82.

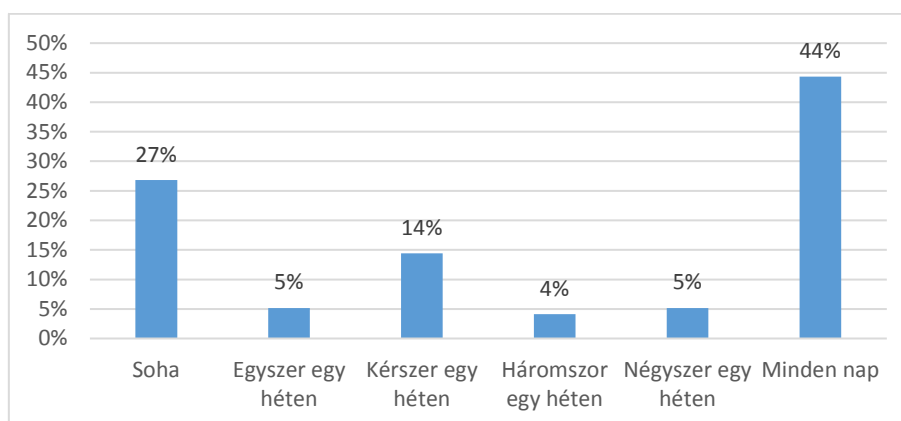
Az Énhatékonyság Skála²⁸ segítségével került megismerésre az énhatékonyság, annak magyar, validált változatával.²⁹ A skála 10 állításból áll (pl. „Mindig meg tudom oldani a nehéz problémákat, ha elég keményen próbálkozom”), amelyekhez tartozó állítások az „egyáltalán nem jellemző” kategóriától a „teljesen jellemző” kategóriáig terjedtek egy négyfokozatú Likert-skálán. Az összesített pontérték 10 és 40 között változhatott, a megbízhatósági együttható, Cronbach alfa = 0,77 lett. Végül, az ún. Önkontroll skála¹⁸ tíz itemből áll (pl. „Ellent tudok állni a kísértéseknek”). A skálát szintén a szerzők fordították magyarra. Az állításokkal való egyetértés mértékét ötfokozatú skála (1 = egyáltalán nem jellemző rám... 5 = teljesen jellemző rám) mérte. A skála megbízhatósága, Cronbach alfa = 0,62-nek bizonyult.

Statisztikai elemzéseink leíró statisztikákat és Pearson-féle korrelációt foglaltak magukban, amelyekhez az SPSS for MS Windows Release 22.0.0.0 szoftvert használtunk fel.

EREDMÉNYEK

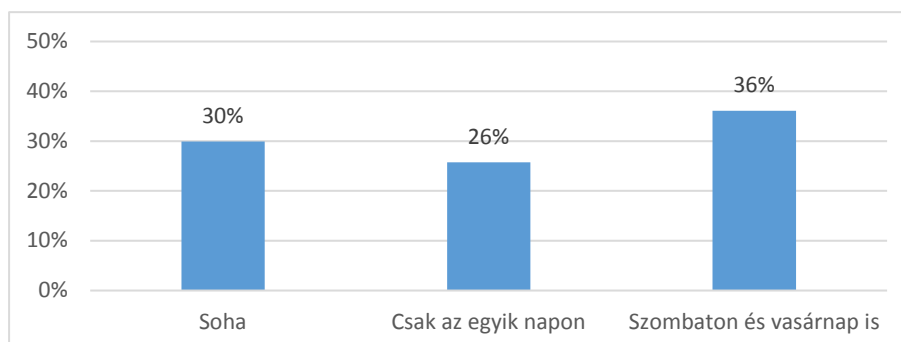
A reggeli fogyasztásával kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy hétköznaponként a fiatalok 27%-a soha, míg 44%-a minden nap reggelizik. Hétfvégén 57%-uk reggelizik szombaton és vasárnap is. A családdal töltött étkezéseket tekintve a serdülők 30%-a soha, 1%-uk mindig, 36%-uk heti egyszer-kétszer reggelizik együtt a szüleivel. A vacsorát tekintve 15%-uk soha, 1%-uk mindig és legnagyobb arányban, 29%-uk egyszer-kétszer, valamint 23%-uk háromszor-négyszer vacsorázik együtt a családjával. [1.,2. és 3. ábra]

1. ábra: A hétköznap reggelizés gyakorisága



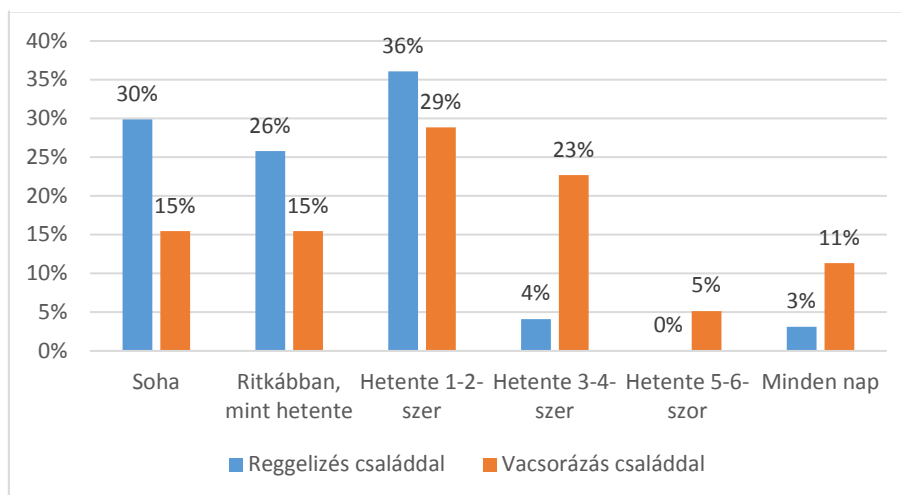
Forrás: Saját szerkesztés

2. ábra: A hétvégi reggelizés gyakorisága



Forrás: Saját szerkesztés

3. ábra: A családdal való étkezés gyakorisága

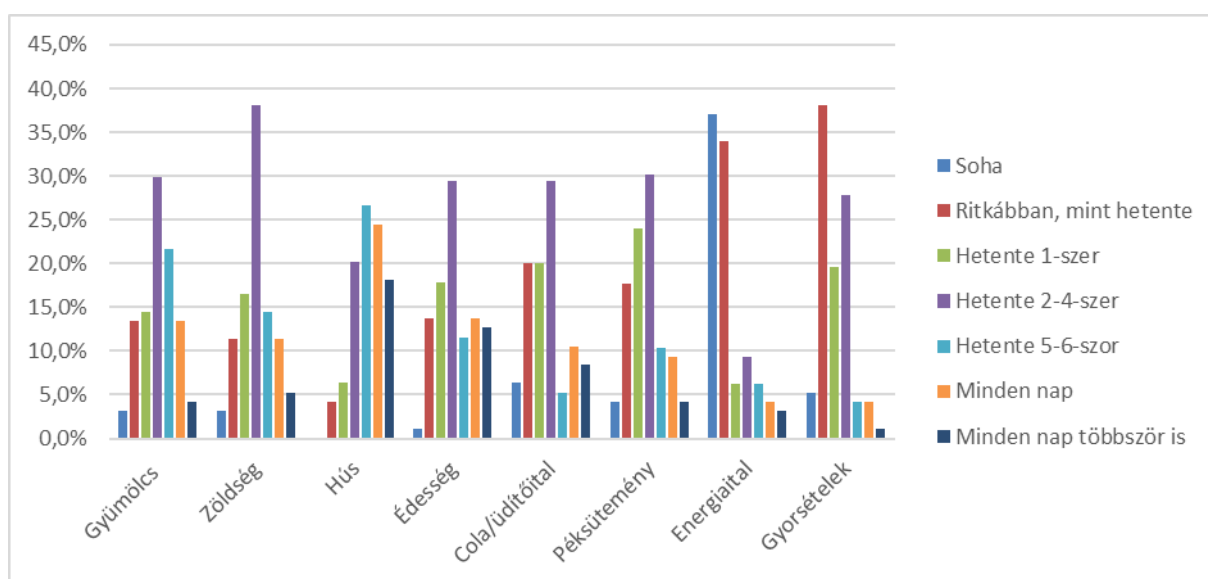


Forrás: Saját szerkesztés

A 4. ábra mutatja az általunk vizsgált étkezési magatartás nyolc tényezőjének gyakoriságát. Látható, hogy gyümölcsöt a vizsgált személyek 30%-a, zöldséget pedig 38%-a fogyaszt hetente 2-4 alkalommal. A mindennapos gyümölcs- és zöldségfogyasztás a minta 14%-ára, illetve 11%-ára jellemző. A vizsgált személyek 3%-a viszont soha nem eszik gyümölcsöt és zöldséget. A húsfogyasztás gyakorisága más képet mutat. A vizsgált személyek kis aránya ritkán (soha: 0%, ritkábban, mint hetente: 4%, hetente 1-szer: 6%), 90%-a pedig szinte napi gyakorisággal

eszik húst. Az egészségkockázatot jelentő, ezért egészségtelenként jellemezhető ételek nagy részét (kivétel: energiatal) a minta kb. 1/3-a heti 2-4 alkalommal fogyasztja. Az energiatalt a vizsgált személyek 37%-a soha, 34%-a pedig kevesebb, mint heti gyakorisággal választja. Gyorsételeket a vizsgálati személyek 38%-a ritkábban, mint hetente, addig 28%-uk hetente 2-4 alkalommal fogyaszt. Nemek közötti szignifikáns különbség csak a gyorsételek fogyasztásánál volt tapasztalható (χ^2 -próbával: $p < 0,001$), ami a fiúk gyakoribb választásából adódott.

4. ábra: Az étkezési magatartás tényezőinek gyakorisága



Forrás: Saját szerkesztés

Statistikai elemzésünk során összevetettük a pszichológiai tényezők és a táplálkozási magatartás közötti kapcsolatot is. [3. táblázat] Eredményül azt kaptuk, hogy bár a kapcsolat elég gyenge, a pesszimizmus hajlamosíthat az édességek, az energiaitalok és a gyorsételek fogyasztására. Az optimizmus viszont pozitív irányú szignifikáns kapcsolatot mutat

a zöldség- és gyümölcsfogyasztással, valamint negatív irányú szignifikáns kapcsolatot az édességek, a Cola/üdítőital, valamint a gyorsételek fogyasztásával. Az énhatékonyság a zöldségfogyasztással mutat pozitív kapcsolatot. Végül az önkontrollal kevésbé rendelkezők többet fogyasztanak a cukros üdítőitalokból, energiaitalokból, valamint gyorsételekből.

3. táblázat: Az étkezési magatartás összetevőinek és a személyiségbeli jellemzőknek az összefüggése

	Pesszimizmus	Optimizmus	Énhatékonyság	Önkontroll
Gyümölcs	-0,13	0,21*	0,16	0,13
Zöldség	-0,07	0,20*	0,23*	0,10
Hús	0,19	-0,19	0,05	-0,12
Édesség	0,28**	-0,32**	-0,13	-0,18
Cola/üdítőital	0,14	-0,21*	0,03	-0,22*
Péksütemény	0,12	-0,06	-0,02	-0,05
Energiaital	0,24*	-0,21*	0,14	-0,37**
Gyorsételek	0,30**	-0,34**	-0,14	-0,30**

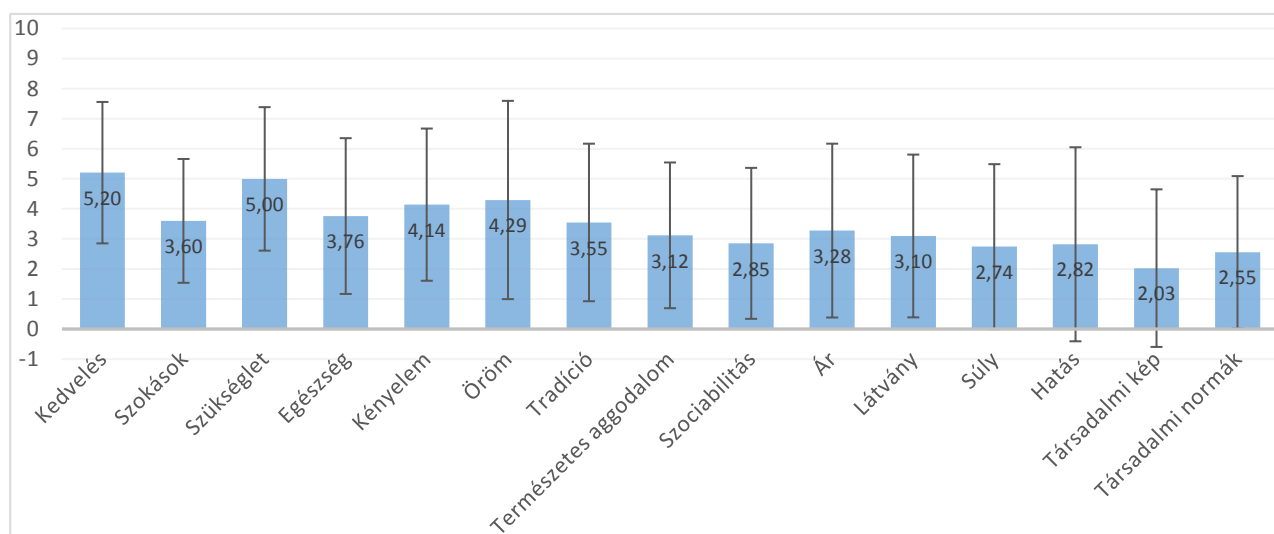
Megjegyzés: Pearson-féle korrelációs együttható: *p<0,05 **p<0,01

Forrás: Saját szerkesztés

Ezek után az étkezési motivációk sorrendjét állítottuk fel az alskálák standardizált átlagértékei és szórási alapján abból a szempontból, hogy melyek azok a motivációk, amelyek a legjellemzőbbek a mintára, vagyis, hogy az egyének miért eszik azt, amit esznek. Az 5. ábrán látható, hogy kedvelésből

és szükséglet miatt fogyasztják a vizsgált személyek leginkább az általuk kiválasztott ételeket. Ezeket követi az öröm, valamint a kényelmi szempont. Legkevésbé motiváló tényezők a társadalmi imázs és a társadalmi normák.

5. ábra: Az étkezési motiváció kérdőív (TEMS) alskáláinak standardizált átlagai



Megjegyzés: 95%-os megbízhatósági sávokkal

Forrás: Saját szerkesztés

Az étkezési motivációkat nemcsak preferencia-sorrend szerint, hanem az étkezési magatartással összefüggésben is elemeztük. [4. és 5. táblázat] A gyümölcsfogyasztással kapcsolatban fontos az egészség, mint motiváció, míg a zöldségfogyasztással kapcsolatban a szokások motivációja. A húsfogyasztás számos motivációval mutatott pozitív kapcsolatot, mint a kedvelés, a szükséglet, a kényelem, az öröm és az érzelmi hatás. Hasonlóan sokféle motivációs kapcsolat igazolható az édességfogyasztás vonatko-

zásában is, így a kényelem, a látvány, az érzelmi hatás, míg negatív a kapcsolat a súly motivációval, valamint a természetesség iránti igénnyel. Az egészségre kockázatos ételek és italok (Cola/üdítő-, energjaital-, péksütemény és gyorsételfogyasztás) pozitív kapcsolatban állnak a kedvelés, a szokások, a kényelem, az öröm, a tradíció, a szociabilitás, a látvány, az érzelmi hatás, a társadalmi imázs és a társadalmi normák motivációkkal, illetve negatív kapcsolatban az egészség és a súly motivációkkal.

4. táblázat: Az étkezési motiváció és az étkezési magatartás kapcsolata I.

	Gyümölcs	Zöldség	Hús	Édesség
Kedvelés	-0,11	0,02	0,25*	0,27**
Szokások	-0,06	-0,21*	0,18	0,16
Szükséglet	0,19	0,12	0,24*	0,15
Egészség	0,33**	0,18	0,20	-0,15
Kényelem	-0,09	-0,11	0,23*	0,29**
Öröm	-0,12	0,03	0,21*	0,20
Tradíció	-0,08	-0,11	0,03	0,03
Természetesség iránti igény	0,03	0,01	0,14	-0,23*
Szociabilitás	-0,102	-0,19	0,01	0,02
Ár	-0,084	-0,15	-0,01	0,08
Látvány	-0,082	-0,11	0,09	0,43**
Súly motiváció	0,091	0,01	-0,02	-0,24*
Érzelmi hatás	-0,025	-0,10	0,21*	0,26*
Társadalmi imázs	-0,068	-0,06	0,01	0,04
Társadalmi normák	-0,079	-0,20	0,01	0,14

Megjegyzés: Pearson-féle korrelációs együttható: *p<0,05 **p<0,01
 Forrás: Saját szerkesztés

5. táblázat: Az étkezési motiváció és az étkezési magatartás kapcsolata II.

	Cola/üdítőital	Energjaital	Péksütemény	Gyorsétel
Kedvelés	0,29**	0,08	0,05	0,22*
Szokások	0,24*	0,16	0,24*	0,33**
Szükséglet	0,14	0,09	0,11	0,06
Egészség	-0,30**	-0,17	-0,01	-0,27**
Kényelem	0,18	0,13	0,21*	0,37**
Öröm	0,07	-0,01	0,16	0,20*
Tradíció	0,01	0,12	0,29**	0,14
Természetesség iránti igény	-0,15	-0,19	0,01	-0,13
Szociabilitás	-0,10	0,17	0,27**	0,33**
Ár	0,02	0,08	0,17	0,16
Látvány	0,28**	0,27**	0,28**	0,44**
Súly motiváció	-0,38**	-0,16	-0,07	-0,21*
Érzelmi hatás	0,22*	0,14	0,24*	0,24*
Társadalmi imázs	-0,07	0,06	0,21*	0,24*
Társadalmi normák	-0,02	0,11	0,24*	0,28**

Megjegyzés: Pearson-féle korrelációs együttható: *p<0,05 **p<0,01
 Forrás: Saját szerkesztés

Végül, a 6. táblázat az étkezési motivációk és a személyiségbeli jellemzők közötti kétoldalú kapcsolatot jelző korrelációs együtthatókat tartalmazza. A pesszimizmus leginkább a kedvelés, a szokások, a kényelem, a látvány, az érzelmi és társas befolyások (pl. szociabilitás, társadalmi normák, tradíciók) irányába mozdítja el az étkezési preferenciákat. Ezzel szemben az optimizmus összefügg az egészségmotivációval, és inkább ellene megy a kényelemnek, a szokásoknak, a látványnak, az érzelmi hatásoknak és

társadalmi normáknak, sőt még akár az árnak is. Ehhez hasonló szerepe van az önkontrollnak, ami negatív összefüggést mutat a kényelemmel, a kedveléssel, az örömmel, a látvánnyal, az érzelmi hatással, az árral, és a társas befolyást jelző motivációs mutatókkal (pl. szociabilitás, társadalmi imázs és norma, szokások, tradíciók), ugyanakkor nem mutat kapcsolatot az egészségmotivációval. Végül, az énhatékonyság az egészségmotivációval (pozitívan) és a szociabilitással (negatívan) korrelál.

6. táblázat: Az étkezési motiváció és a személyiségbeli jellemzők kapcsolata

	Pesszimizmus	Optimizmus	Énhatékonyság	Önkontroll
Kedvelés	0,21*	-0,13	-0,07	-0,27**
Szokások	0,32**	-0,20*	-0,11	-0,32**
Szükséglet	0,03	0,09	-0,13	-0,13
Egészség	-0,12	0,22*	0,22*	0,19
Kényelem	0,36**	-0,23*	-0,14	-0,43**
Öröm	0,09	-0,08	-0,06	-0,21*
Tradíció	0,29**	-0,22*	-0,15	-0,21*
Természetesség iránti igény	0,02	0,05	0,15	0,05
Szociabilitás	0,31**	-0,24*	-0,23*	-0,37**
Ár	0,42**	-0,30**	-0,09	-0,42**
Látvány	0,49**	-0,38**	-0,09	-0,55**
Súly motiváció	0,06	0,01	-0,05	-0,02
Érzelmi hatás	0,41**	-0,31**	-0,19	-0,34**
Társadalmi imázs	0,16	-0,06	-0,05	-0,24*
Társadalmi normák	0,41**	-0,33**	-0,03	-0,34**

Megjegyzés: Pearson-féle korrelációs együttható: *p<0,05 **p<0,01
 Forrás: Saját szerkesztés

KÖVETKEZTETÉS

Jelen kutatásunkban középiskolások táplálkozási szokásait mértük fel. Ennek érdekében célként tűztük ki étkezési magatartásuk, étkezési motivációik és egyes személyiségbeli jellemzőik felmérését, és ezek összefüggéseinek elemzését.

A reggelizés gyakoriságának szempontjából eredményeink összhangban vannak a HBSC kutatás eredményeivel (30% soha, 48%-uk minden nap). Eltérés a hétvégekénti reggelizésben mutatkozott, ott a HBSC kutatásban résztvevők nagyobb aránya (76%-a) fogyaszt mindkét nap reggelit.²

Az étkezési magatartás szempontjából saját mintánkban a mindennapos zöldség- és gyümölcsfogyasztás (14%, 11%) a HBSC kutatáshoz (32%, 30%)

képest sokkal kevésbé volt gyakori. Az édességfogyasztásra jellemző, hogy míg a HBSC kutatás alapján a fiatalok közel harmada fogyaszt édességet mindennap, addig a saját mintánkban ez az arány 13,7% volt.

A személyiségbeli jellemzők közül saját kutatásunk is megerősítette azt az eredményt, hogy a nagyobb énhatékonyságú fiatalok több zöldséget fogyasztanak.²² Az irreális optimizmusnak az egészségtelen táplálkozás kockázatait alulbecslő hatását²⁵ vizsgálatunkban nem tapasztaltuk, ellenben az optimistább serdülők több zöldséget, és kevesebb édességet, üdítőitalt és gyorsételt fogyasztottak, hasonlóan a korábbi, finn vizsgálathoz.²⁴ Az önkontroll tekintetében eredményeink is tükrözik, hogy az alacsonyabb önkontrollal rendelkezők, hasonlóan

korábbi vizsgálatokhoz²², több egészségre kockázatos ételt és italt fogyasztanak. Erre a pesszimizmus is hajlamosít.²⁴

Az étkezési motivációk jellegzetes képet mutatnak. A gyümölcsfogyasztásnál egyértelműen az egészségmotiváció, míg a zöldségeknél a szokások, valószínűleg az otthoni étkezések jellege a meghatározó. A húsfogyasztásnak viszont az adatok szerint meglehetősen nagy hagyománya lehet a fiatalok körében is, hiszen azon felül, hogy a motivációk között szerepel a szükséglet, a kényelem, jelentős szerepet kap az öröm, a kedvelés és az érzelmi hatások. Mindez azt igazolja, hogy míg a zöldségeket és gyümölcsöket azért fogyasztják, mert megszokták, és mert egészségesnek vélik, a húsételeket valóban kedvelik. Az édességfogyasztásnál a kedvelés, a látvány és egyéb érzelmi hatások meghatározóak, viszont itt a súly és az egészség, mint motiváció negatív előjellel szerepelnek, csakúgy, mint a gyorsételeknél és az üdítőitalok fogyasztásánál, arra utalva, hogy a fiatalok ezzel a szemponttal nem foglalkoznak. A gyorsételek fogyasztásánál az érzelmi hatások mellett a szociabilitás, a társadalmi normák és imázs is szerepet játszik, ami a gyorséttermek kínálatának (pl. hamburger) szimbólumértékére is utal.³⁰ A fiatalok számára ezért is vonzó. A péksüteményekkel kapcsolatban pedig ki kell emelni a látvány és egyéb érzelmi hatások mellett a szokások, a tradíció és társadalmi normák mellett a szociabilitás szerepét is, hiszen ez olyan étel, amit a barátok gyakran együtt fogyasztanak. Ez egyébként a gyorséttermi ételekre is igaz.

Ki kell még emelni a motivációk és a személyiségbeli jellemzők együttes szerepét is, amit előző kutatások javasoltak.^{14,16,17} Az énhatékonyság és az optimizmus egyértelműen az egészségmotivációt erősíti, hasonlóan korábbi vizsgálatokhoz.^{10,14,24} Ezzel szemben az önkontroll nem mutat összefüggést az egészségmotivációval, ellenben erősíti a lemondást olyan szokásokról, amelyek esetleg az egészségre kockázatos ételek irányába mozdítanak el az étkezési preferenciát (pl. édességek). Ez az eredmény megerősíti az önkontrollnak, mint személyiségjellemzőnek azt a szerepét, ami elsősorban a viselkedési gátlásban, azaz a nemkívánatos étkezéstől való tartózkodásban nyilvánul meg.²⁰ Erre az étkezési magatartás és a pesszimizmus közötti kapcsolatokat is utalnak.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy vizsgálatunkban az étkezési szokások leíró adatai nagyrészt összhangban voltak az eddigi eredményekkel. Megállapíthatjuk, hogy a serdülők reggeli fogyasztását és a családdal való együtt töltött étkezések számát ösztönözni kellene, mivel ezek szükségszerűek lennének az egészséges táplálkozási magatartás és az egészséges életmód kialakításához, továbbá a társas kapcsolatok és készségek fejlesztéséhez.^{2,31} Az étkezési magatartásra vonatkozó egyes mutatók más arányban jelennek meg, mint például a HBSC kutatásban, amely a minta eltérő összetételéből is adódhat. A személyiségbeli jellemzőkkel való összefüggéseink viszont megerősítik az előzetes kutatások eredményeit, amennyiben az optimizmus, az önkontroll, és kisebb mértékben az énhatékonyság, elősegítik az egészséget védő ételek fogyasztását, ellenben a pesszimizmus a gyorsételek, az édességek, cukros üdítők és energiatartalmú választásait alapozza meg.^{18,29,25} Adataink szerint elsősorban a nemkívánatos étkezési magatartás gátlásában van komoly szerepe az önkontrollnak, valamint az optimizmusnak. Továbbá, az utóbbi az énhatékonysággal együtt az egészséges ételek irányába mozdítja el az ételválasztást. A pesszimizmus viszont az érzelmi és társas befolyásolhatóság esélyét növelve fordíthatja a serdülőket a cukros, sok kalóriát és kevés hasznos tápanyagot jelentő ételek felé.

Jelen kutatásunk eredményei, főként annak pilot jellegéből adódóan, néhány limitáció függvényében értékelhetők. Ilyen korlátot jelent az alacsony elemszám, ami főként leíró és kétoldalú kapcsolatokat feltáró adatok elemzését tette lehetővé. Az önkontroll skála további adaptálási és validitási vizsgálatot igényel, a viszonylag alacsonyabb megbízhatósági mutató miatt. További kutatások szükségesek magyarázó modellek (pl. többváltozós regresszióelemzés és mediációs-moderációs elemzések) igazolásához is. Serdülők körében eddig még nem vizsgálták az Étkezési Motiváció Kérdőív^{10,14} által meghatározott motivációkat, így jelen kutatásunkban annyit tudunk megállapítani, hogy az egészséges és az egészségre kockázatos ételek fogyasztásának háttérben eltérő motivációk állnak, amelyek megismerése segíthet megérteni a fiatalok ételválasztási preferenciáit, ami felhasználható az egészségfejlesztési programokban.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Corkins MR, Daniels SR, de Ferranti SD, Golden NH, Kim JH, Magge SN. Nutrition in children and adolescents. *Med Clin North Am* 2016;100(6):1217-35. doi: 10.1016/j.mcna.2016.06.005
- ² Németh Á., Költő A. (szerk). Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2014. <http://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf> (Elérve: 2017.05.05)
- ³ Pikó B., Keresztes N. Táplálkozáskontroll középiskolások körében: Az étkezési magatartás társas összefüggéseinek nemek szerinti jellegzetességei. *Mentálhig Pszichoszom* 2008;9(2):149-64. doi: 10.1556/Mentál.9.2008.2.4.
- ⁴ Fitzgibbon ML, Stolley M. Promoting health in an unhealthy environment: Lifestyle challenges for children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2006;106(4):518–22. doi: 10.16/j.jada.2006.02.029.
- ⁵ Pikó B, Keresztes N. Középiskolás fiatalok étkezési szokásai és ezek hatása a saját táplálkozási magatartás megítélésére. *Egészségfejl* 2008;49(1-2):9-15.
- ⁶ WHO/FAO: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 916. World Health Organization, Geneva, 2003. <http://www.fao.org/docrep/005/AC911E/AC911E00.HTM> (Elérve: 2017.05.05.)
- ⁷ Fülöp N, Szakály Z. Fiatalok táplálkozási szokásai, egészségmagatartása - szekunder kutatás. *Élelm Táplál Market* 2008;5(1):81-6.
- ⁸ KSH. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai Tükör*, 2015;29.
- ⁹ Chang FC, Lee CM, Chen PH, Chiu CH, Pan YC, Huang TF. Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. *Eat Behav* 2013;14(3):382-5. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.002.
- ¹⁰ Renner B, Sproesser G, Strohbach S, Schupp HT. Why we eat what we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite* 2012;59(1):117–28. doi: 10.1016/j.appet.2012.04.004
- ¹¹ Jackson B, Cooper ML, Mintz L, Albino A. Motivations to eat. Scale development and validation. *J Res Pers* 2003;37:297–318. doi:10.1016/S0092-6566(02)00574-3.
- ¹² Pollard J, Kirk SFL, Cade JE. Factors affecting food choice in relation to fruit and vegetable intake. A review. *Nutr Res Rev* 2002;15:373–87. doi: 10.1079/NRR200244.
- ¹³ Robinson E, Tobias T, Shaw L, Freeman E, Higgs S. Social matching of food intake and the need for social acceptance. *Appetite* 2011;56:747–52. doi: 10.1016/j.appet.2011.03.001.
- ¹⁴ Sproesser G. Why we eat what we eat: Psychological influences on eating behavior. Dissertation. Universität Konstanz, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion, Fachbereich Psychologie. Konstanz, Germany, 2016. <https://pdfs.semanticscholar.org/0ccc/3b0c0b1e83f7f22515dcf49690fa75edbfef.pdf> (Elérve: 2017.05.05)
- ¹⁵ Dernóczy-Polyák A, Keller V. Klaszterképzés evési magatartás alapján – Fókuszban a generációk. *Vezetéstud* 2017;48(3):28-38.
- ¹⁶ Verstuyf J, Vansteenkiste M, Soetens B, Soenens B. Motivational dynamics underlying eating regulation in young and adult female dieters: Relationships with healthy eating behaviours and disordered eating symptoms. *Psychol Health* 2016;31(6):711-29. doi: 10.1080/08870446.2016.1143942
- ¹⁷ Leblanc V, Bégin C, Corneau L, Dodin S, Lemieux S. Gender differences in dietary intakes: what is the contribution of motivational variables? *J Hum Nutr Diet* 2015;28(1):37-46. doi: 10.1111/jhn.12213.
- ¹⁸ Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers* 2004;72(2):271-324.
- ¹⁹ Junger M, van Kampen M. Cognitive ability and self-control in relation to dietary habits, physical activity and bodyweight in adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7(22):1–12. doi:10.1186/1479-5868-7-22.
- ²⁰ Adriaanse MA, Kroese FM, Gillebert M, De Ridder DTD. Effortless inhibition: Habit mediates the relation between self-control and unhealthy snack consumption. *Front Psychol* 2014;5:444 (e-collection). doi: 10.3389/fpsyg.2014.00444.
- ²¹ Galla BM, Duckworth AL. More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *J Pers Social Psychol* 2015;109(3):508-25. doi: 10.1037/pspp0000026.
- ²² Burg J, Lechner L, de Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite* 1995;25(3):285-96. doi: 10.1006/appe.1995.0062.
- ²³ Parcel GS, Edmundson E, Perry CL, Feldman HA, O'Hara-Tompkins N, Nader PR, Johnson CC, Stone EJ. Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *J Sch Health* 1995;65(1):23–7.
- ²⁴ Kelloniemi H, Ek E, Laitinen J. Optimism, dietary habits, body mass index, and smoking among young Finnish adults. *Appetite* 2005;45(2):169-76. doi: 10.1016/j.appet.2005.05.001.
- ²⁵ Renner B, Schwarzer R. Social-cognitive factors in health behavior change. In *Social Psychological Foundations of Health and Illness*, Suls J, Wallston KA. (eds.) Blackwell Publishing, 2003. pp. 169-96.

²⁶ Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985;4:219–47.

²⁷ Bérdi M, Köteles F. Az optimizmus mérése: az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT–R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magy Pszichol Szeml* 2010;65:273-94.

²⁸ Schwarzer R, Jerusalem M. The Generalized Self-Efficacy Scale. In *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, Weinman J, Wright S, Johnston M. (eds.) NFER-NELSON, Windsor, UK, 1995. pp. 35-37.

²⁹ Kopp M, Schwarzer R, Jerusalem M. Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research. *Zentrale Universitas Druckerei der FU Berlin*, 1993.

³⁰ Zhou L, Teng L, Poon PS. Susceptibility to global consumer culture: A three-dimensional scale. *Psychol Market* 2008;25(4):336-51. doi: 10.1002/mar.20212.

³¹ Timlin MT, Pereira MA, Story M, Neumark-Sztainer D. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics* 2008;121(3):638–45. doi: 10.1542/peds.2007-1035.

Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban

The theory of the fundamental social causes of health inequalities and its implications in health policies

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017.07.12.
doi: 10.24365/ef.v58i2.168

Összefoglaló: Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól szóló elmélet alapján azt mondhatjuk, hogy az a szakpolitika lehet sikeres, amely – az egyéni aktivitásra és felelősségre alapozó fel fogás helyett – az egyén környezetét és életkörülményeit alakító társadalmi szereplők tevékenységét olyan irányba próbálja módosítani, hogy csökkenjenek a társadalomban jelen lévő egészség egyenlőtlenségek.

Kulcsszavak: egészség egyenlőtlenségek, egészségügyi szakpolitika

Summary: The implication of the theory of the fundamental social causes of health inequalities is that in place of anticipating personal responsibility and activity in improving health, health policies should modify social actors' activity in a direction which will, as a consequence, result in decreased inequalities.

Keywords: inequalities in health, health policy

Egy nemrégiben megjelent cikkünket¹ úgy kezdtük, hogy a nemzetközi fórumokon az utóbbi években ismét fokozott figyelem irányul az egészség egyenlőtlenségek felé, ugyanis a szocioökonómiai eredetű egészség egyenlőtlenségek még a legfejlettebb nyugat-európai jóléti államokban is fennmaradtak, sőt bizonyos mértékig tovább szélesedtek, és nem csökkentek a jóléti intézkedések ellenére sem. Ennek megfelelően a tanulmányban igyekeztünk sorra venni az egyenlőtlenségeket magyarázó fontosabb hipotéziseket. Ezek közül az egyik a Link és Phelan által először 1995-ben publikált az egyenlőtlenségek alapvető (*fundamental*) társadalmi okairól (röviden alapvető okok) szóló teóriát így foglaltuk össze: a társadalmi rétegződés következményei okozák az egészség egyenlőtlenségeket és nem a közvetítő rizikófaktoroknak 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.² Ezek segítenek a betegségek kockázatát és azok következményeit csökkenteni. Az erőforrások szerepe az évszázadok alatt változhatott. Az egészségkülönbségek az említett erőforrások egyenlőtlenségének és azok tartós fennmaradásának tulajdoníthatóak. Az egészségi állapotot javító közvetítő mechanizmusok - ilyen lehet például a citológiai mintavétel módjának a fejlődése (Pap-teszt elterjedése) - ellenére, amelyek adott esetben javítják a halandósági adatokat, a SES (*socioeconomic status*, szocioökonómiai státusz) hatását az egészség egyenlőtlenségekre nem képesek kiegyenlíteni.

A hazai szakirodalomban is találunk egy fontos, az alapvető okok elméletet részletesebben taglaló írást Kovács Katalintól, amely segítségével bemutatjuk Link és Phelan gondolatmentét.³ Az elmélet kidolgozói alapvetően az egyéni egészségkockázatok és az erre irányuló prevenciók elképzelések ellenében érvelnek. Véleményük szerint az individuális szinten jelentkező rizikófaktorok társadalmi eredetűek, ezért annak megfogalmazására van szükség, hogy melyek azok a mechanizmusok, amelyek a különböző társadalmi pozíciókhoz a kockázatok különféle mintázatait társítják. Másfelől a társadalmi helyzet – amely a különféle fontos erőforrásokhoz való hozzáférést is befolyásolja –, olyan mértékben alakítja az egészségesélyeket, hogy önmagában tekinthető az egészségegyenlőtlenségek okának.

A kockázati tényezők jelenlétét és az azokhoz kapcsolódó biológiai hátteret tulajdonképpen közvetítő mechanizmusoknak tekintik. Továbbá megállapítják, hogy a társadalom által meghatározott egészségbeli egyenlőtlenségek korszakonként mindig új és új formában termelődnek újra: a lakókönyezeti és az alapvető szegénységi kockázatokkal párhuzamosan alakuló tuberkulózis-halálozás egyenlőtlenségeit például idővel a kardiovaszkuláris betegségek okozta halálozásban mutatkozó egyenlőtlenségek váltják fel.

Link és Phelan modellje az egészségben és a halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek tartós fennmaradásának okait kutatja, így a különböző társadalmi pozíciókhoz tartozó erőforrások kérdését helyezi a középpontba. A társadalmi-gazdasági státus és a halandóság közötti kapcsolatok kialakulásában a pénz, a tudás, a hatalom és presztízs, valamint a hasznot hozó társadalmi kapcsolatok szerepét tekintik alapvetőnek. Ezek azok a források, amelyek a társadalom kedvezőbb helyzetű tagjai számára nagyobb mértékben rendelkezésre állnak.

Az elmélet másik alappillére a források flexibilis természetére vonatkozik. A flexibilis, azaz rugalmasan felhasználható források egyéni és közösségi szinten is jelen vannak és rugalmasságuk okán különféle problémák megoldására használhatók. Amikor egy adott betegséggel kapcsolatban új ismeretek, illetve korszerűbb technológiák jelennek meg, a jobb helyzetű társadalmi csoportok tagjai ezeket az újdonságokat jóval hamarabb hasznosítják saját egészségük

előremozdítása érdekében, míg a rosszabb helyzetű társadalmi csoportok nehezebben jutnak hozzá az innovációkhoz. Ebből következően ilyen esetekben az adott betegség okozta morbiditásban és halálozásban a társadalmi különbségek növekedésére lehet számítani. Link és Phelan elsőként a dohányzással kapcsolatos ismeretek terjedését vizsgálták az amerikai társadalomban, s azt társadalmilag nagymértékben differenciáltnak találták. Az ismeretek terjedésének több évtizedes társadalmi egyenlőtlenségeit meg tudták feleltetni a tüdőrák-halálozás trendjeiben mutatkozó társadalmi különbségeknek.

A szerzők 2010-ben megjelent tanulmányukban az elmélet szakpolitikai implikációit is számba veszik. Véleményük szerint egy új intervenció, még abban az esetben is, ha pozitív hatással van az egészségre, önmagában nagy valószínűséggel növeli az egészségegyenlőtlenségeket. Felteszik a kérdést: Ezek szerint választani kell az egyenlőtlenségek csökkentése és az egészségi állapot általános javítása között?⁴ A kérdésre adott válaszban egyesek szerint a megfigyelhető egyenlőtlenségek az egészségmutatókban megengedhetők, ha az egészségi állapot általános szintje javul, vagy bizonyos javulás történik a legtöbb társadalmi csoportban. Link és Phelan természetesen elkötelezettek az egészségegyenlőtlenségek csökkentésében, de értelmetlennek tartják szembehelyezkedni az egészségben lezajló technológiai és tudásbeli fejlődéssel, azért mert ezek növelhetik az egyenlőtlenségeket. Mindkét célt egyaránt fontosnak tartják, azaz az egészségegyenlőtlenségek csökkentését és az egészségi állapot növelését. Olyan stratégiát javasolnak, amely az egészségi állapot általános javítását eredményezheti, anélkül, hogy fokozná az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségeket. Megközelítésük szerint a szakpolitikáknak egyrészt segíteniük kell a technológiai fejlődést, másrészt megszakítani vagy csökkenteni kell a technikai fejlődés és a szocioökonómiai források közötti kapcsolatot, illetve olyan intervenciók kidolgozása szükséges, amelyek hozzáférhetőek a különböző társadalmi csoportok számára.

Az elmélet közvetlen implikációja, hogy lényegi változást az egészségegyenlőtlenségek csökkentésében csak a társadalmi erőforrások radikálisabb újraelosztásával lehet, vagy lehetett volna elérni. Példaként megemlítenek néhány intézkedést, amelyek sikeresnek bizonyultak: a minimálbér bevezetése; a

lakhatás támogatása a hajléktalanok vagy alacsony jövedelműek számára; a tőke-, vagy ingatlanadó bevezetése, a szülők számára biztosított többlétszabadság; az általános társadalombiztosítás, a gyermekek korai fejlesztése; a pozitív diszkrimináció az oktatásban.

Az egyéni kockázati tényezők megváltoztatásához először a kockázati magatartás kiváltó okait (*risk of risks*) kell azonosítani, például fel kell mérni azokat a hátrányokat, amelyeket olyan lakóköznyezet okozhat, ahol az egészséges élelmiszerek elérhetetlenek. Ezek fennmaradása ellehetetleníti az egészségmagatartás pozitív befolyásolását célzó intervenciók sikerét, hiszen erőteljesen meghatározottak olyan tényezők által, amelyeket az intervenció érintetlenül hagyott. Olyan beavatkozások kidolgozására van tehát szükség, amelyek esetében a célcsoport tagjainak nincs szüksége az erőforrások használatára, vagy legalábbis minimális azok hatása. Az egészségfejlesztés csak olyan intervenciók esetében lehetséges, amelyek előnyeit bárki élvezheti. Ellenkező esetben csak azok profitálhatnak belőle, akik a szükséges erőforrásokkal rendelkeznek. Az alapvető okok elmélete szerint a szocioökonómiai státusból fakadó egészségyenlőtlenségeket csak úgy lehet beavatkozásokkal csökkenteni, ha az abból fakadó előnyök függetlenek az erőforrásoktól vagy az egészségmagatartástól.

A szerzők implicit módon a következőket állítják: az egészségyenlőtlenségek csökkentését célzó beavatkozás, amely a hátrányos helyzetű csoportok aktivitását és/vagy szabálykövető magatartását feltételezi, - ami tulajdonképpen megfelelő képességeket, motivációt és támogató környezetet igényel - hatástalan marad, vagy akár az egyenlőtlenségek fokozódásával is járhat az elvárt egészségnyereség helyett.

Összefoglalva, úgy látják, hogy ha drága, bonyolult, időigényes beavatkozásokat tervezünk, amelyeket nehéz széles körben alkalmazni és elsősorban az egyéni aktivitásra építenek, valószínűleg csak újabb egészségyenlőtlenségeket hozunk létre. Ezzel szemben a megfizethető és a gyakorlatban könnyen használható, elsősorban a regulációkra építő és nem közvetlenül az egyén egészségmagatartását befolyásoló intervenciókkal lehetségessé válik az egyenlőtlenségek csökkentése. Az egészségyenlőtlenségek visszaszorításához a források, illetve az egészséget támogató prevenciók eszközök, valamint az egészségügyi ellátásban mutatkozó különbségek közti kapcsolatot kell megszüntetni, vagy legalább visszafogni, azáltal, hogy a gazdasági-társadalmi egyenlőtlenségeket mérsékeljük, és/vagy csökkentjük a források által elérhető egészségelőnyöket.

Érdemesebb az egyén környezetét és életkörülményeit befolyásolni képes társadalmi szereplők (pl. gyártók, szolgáltatók, oktatási egészségügyi intézmények, szakemberek stb.) tevékenységét befolyásolni. A szerzők által hozott példát kibontva célszerűbb az autógyártók számára előírni, hogy az új autót már a gyártás során szereljék fel légszűrőkkel a biztonságosabb közlekedés érdekében, ahelyett hogy elvárjuk a biztonsági öv használatát az autósoktól. Az autósok aktivitására apelláló különböző programok helyett célszerűbb a vészhelyzetben automatikusan működésbe lépő légszűrők beszerelése. Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól szóló elmélet alapján azt mondhatjuk, hogy az a szakpolitika lehet sikeres, amely – az egyéni aktivitásra és felelősségre alapozó felfogás helyett – az egyén környezetét és életkörülményeit alakító társadalmi szereplők tevékenységét olyan irányba próbálja módosítani, hogy csökkenjenek a társadalomban jelen lévő egészségyenlőtlenségek.

HIVATKOZÁSOK

¹ Csizmadia P. Az egészségyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei Egészségfejlesztés, LVIII. évfolyam, 2017. 1. szám 21-29.

² Link BG; Phelan Journal of Health and Social Behavior, Vol. 35, Extra Issue: Forty Years of Medical. 1995, 80-94.

³ Kovács K. Társadalmi egyenlőtlenségek a mortalitásban és az ok-specifikus halálózási minták változása – egy közös elméleti keret kialakítása felé. Demográfia. 2012.55. évf. 1. szám 5–43.

⁴ Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. J Health Soc Behav. 2010;51 Suppl: S28-40. doi: 10.1177/0022146510383498.

Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciós megközelítései

Possible prevention approaches for complex health promotion interventions

Szerző: Járomi Éva^a✉, Kimmel Zsófia^b

a: Országos Közegészségügyi Intézet, b Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017.07.12.

doi: 10.24365/ef.v58i2.164

Háttér: A különböző prevenciós tevékenységek eredményessége eltérő lehet attól függően, hogy az egész populációra vagy csupán egy adott (kockázati) csoportra fókuszál. Emiatt fontos megkülönböztetnünk és megismernünk a különféle megközelítések potenciális előnyeit és hátrányait.

A közlemény célja a különböző populációs és kockázat alapú prevenciós megközelítések bemutatása, alkalmazhatóságának vizsgálata az egészségnyereség maximalizálása érdekében.

Módszer: A populációs, kockázat-alapú, egyénre és különböző társadalmi csoportokra irányuló prevenciós megközelítésekről a hazai és nemzetközi adatbázisokban (PubMed, Science Direct, Medline), valamint a közlemények irodalomjegyzékeiben fellelhető szakirodalom áttekintése.

Eredmények: Az egészségfejlesztésnek számos megközelítése különböztethető meg a beavatkozások célja alapján. A megközelítések ennek alapján színtér alapú, kockázati, populációs és subpopulációs típusúak lehetnek.

Következtetések: A lakosság és az egyes társadalmi csoportok egészségnyereségének maximalizálása érdekében több szinten megvalósuló, egyéneket és különböző (sérülékeny) társadalmi csoportokat célzó, kockázatalapú, valamint a teljes populációra ható megközelítésre alapozott beavatkozások komplementer alkalmazására van szükség.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés, kockázat alapú megközelítés, populációs megközelítés, subpopulációs megközelítés, Geoffrey Rose

Background: The efficiency of prevention programs can be different depending on population or high-risk focus. Because of this, it is important to distinguish and recognize the potential advantages and disadvantages of the different approaches. The aim of this paper is to present the diverse population and high-risk strategies and examine their applicability to maximize health benefits.

Method: an overview of prevention strategies focusing on the population, high-risk, individuals and different social groups, based on national and international databases (PubMed, Science Direct, Medline) and literature.

Results: Health promotion has many different approaches depending on the interventions used. Therefore, we can determine different approaches, such as high-risk, settings based, population and sub-population strategies.

Conclusion: To maximize health benefits of the population and different social groups, we need to design and apply interventions with a focus on individuals, different social groups, high-risk and population strategies.

Keywords: health promotion, high-risk strategy, population strategy, sub-population strategy, Geoffrey Rose

BEVEZETÉS

A népegészségügyi beavatkozások hatásossága meglehetősen változatos képet mutat hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt. A különböző prevenciós tevékenységek eredményessége szintén eltérő lehet attól függően, hogy az egész populációra vagy csupán a társadalom egy adott csoportjára fókuszál. Ily módon fontos megkülönböztetnünk és megismernünk a különféle megközelítések alkalmazásának potenciális előnyeit és hátrányait.

A hazai prevenciós programok áttekintése, illetve áttekinthetlensége egyértelműen jelzi, hogy a prevenciónak Magyarországon nincs megfelelően kidolgozott stratégiája, ebből következően hatásosan, illetve hatékonyan működő szervezeti kerete sem. Érvényesnek látszik Ádány 1998-ban a magyarországi prevencióról írt értékelése: a hazai gyakorlat – a népegészségügyi szűréseket kivéve – nem feladatok és funkciók mentén jött létre, ezért átfedések és hiányosságok egyaránt tapasztalhatók.¹

Hazánkban, ahogy más fejlett európai országban is, a nem fertőző krónikus betegségek jelentik a legnagyobb népegészségügyi problémát.² Néhány, főleg a szív- és érrendszeri megbetegedések területén végzett megelőzési és gondozási programon kívül kevés olyan kezdeményezés történt, amely ne klinikai problémaként kezelte volna a krónikus nem fertőző betegségek elleni küzdelmet. Következésképp, jelentős forrásokat használtak fel főként a kifinomult diagnosztikai és terápiás technológia kialakítására, fejlesztésére és annak fenntartására. Az elmúlt évtizedek adatai azonban meggyőző módon mutatnak rá arra, hogy a nem fertőző krónikus betegségek jelentős része megelőzhető, kialakulásának időpontja elhalasztható.

Ádány értekezésében¹ továbbá azt is említi, hogy a prevenciós fókuszú beavatkozások képezik az ágazati stratégia fő prioritását, azonban annak javasolt megközelítését a stratégia nem tárgyalja. Ennek egyik oka lehet a prevenció és a népegészségügyi fogalmak különböző értelmezése, az egészségmagartás és a nem fertőző megbetegedések kialakulásának kockázatát meghatározó tényezők közötti összefüggések figyelmen kívül hagyása. Kiemelten fontos tényezőnek tartja Ádány, hogy a népegész-

ségügyi szakembereken túl az egyéb területek szakemberei és a politikai döntéshozók is tisztában legyenek ezekkel a definíciókkal és e területek összefüggéseivel. Ezért érthető, hogy a népegészségügyi stratégia megalkotásakor fontos a népegészségügyet érintő összes terület fejlesztésének szükségessége, beleértve az egészségfejlesztést, a betegségmegelőzést és az egészségvédelmet egyaránt.

A népegészségügy fogalmának ma is érvényes megfogalmazását az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban: EVSZ) alkotta meg 1988-ban: a népegészségügy a társadalom szervezett tevékenysége, mely a betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának és az egészség fejlesztésének elméletét és gyakorlatát képezi. Hazánkban az 1997. évi CLIV. törvény népegészségügyről szóló III. fejezetének 35. B (1) pontja is e megfogalmazás mentén került kialakításra.

A közlemény célja – a fenti definícióból kiindulva – a népegészségügy szervezett tevékenységének különböző prevenciós szinteken történő megközelítésének bemutatása, különös tekintettel a populációs és kockázat alapú megközelítésekre, alkalmazhatóságuk vizsgálatára, mindezt az egészségnyereség maximalizálása érdekében.

MÓDSZER

A közlemény a különböző primer prevenciós megközelítésekről rendelkezésre álló hazai és nemzetközi adatbázisokban fellelhető (PubMed, Science Direct, Medline) szakirodalom összegyűjtésén és áttekintésén, valamint a kigyűjtött írárok irodalomjegyzékeinek áttekintésén alapul. A szakirodalmi keresés a következő kulcsszavakkal történt: *health promotion, high-risk strategy, population strategy, sub-population strategy, Geoffrey Rose*.

EREDMÉNYEK

[A prevenciós megközelítések befolyásoló néhány alapidokumentum](#)

A megelőzés szemléletének eredete 1974-re nyúlik vissza, mikor Marc Lalonde kanadai egészségügyi és

népjóléti miniszter egy jelentést adott ki „A kanadaiak egészségi állapotának új távlata” címmel. A tanulmány arra hívta fel a figyelmet, hogy a betegségek, halálozások hátterében biológiai, környezeti és életmódbeli tényezők húzódnak meg, ezért az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása mellett fontos a környezeti és szociális tényezők támogatása is, valamint felhívta a figyelmet a betegségek megelőzésére, azok kezelésével szemben.³

A Lalonde riport megjelenésével párhuzamosan, Thomas McKeown publikálta cikksorozatát, melyben rávilágít arra, hogy az egészségben bekövetkezett pozitív irányú változás elsősorban a szociális és gazdasági fejlődésnek volt köszönhető, nem az egészségügyi szolgáltatások minőségében bekövetkezett javulásnak, mely tévhit azonban az egészségügyi szolgáltatások helytelen finanszírozásához és elosztásához vezetett.⁴

Annak ellenére, hogy sokan kritizálták McKeown következtetéseit, azt mindenki elismerte, hogy a 20. század közepén bekövetkezett halálozás csökkenésében némi szerepet játszottak a kuratív orvoslást segítő szabályozások. McKeown elmélete, bár több ponton vitatható, mégis egy máig is érvényben lévő kérdést feszeget. Milyen beavatkozások bizonyulnak hatékonynak a népegészségügyben: az egyéneket célzó vagy a széleskörű beavatkozások, amelyek szociális, a politikai és gazdasági erőforrások újracsatolásával a teljes populációra hatással vannak?

A fentiekhez hasonló, a betegségek kezelésétől távolodó és azok kialakulásáért felelős tényezők alakításának irányába mutató szemléletváltás már az EVSZ-en belül is megtörtént 1986-ban. A kanadai Ottawában megrendezett első nemzetközi egészségfejlesztési konferencia záródokumentuma, az Ottawai Karta a mai napig alapdokumentuma és referenciája az egészségfejlesztésnek. A Karta jól ismert definíciója szerint „az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz.”⁵ (9.o.)

Az EVSZ javaslata alapján erősíteni és fejleszteni kell az ágazatok közötti együttműködést az egészségfejlesztéssel kapcsolatos szabályozások és szolgáltatások fejlesztése során. A beavatkozások célja elsősorban az egyenlőtlenségek csökkentése, valamint az egészséget elősegítő környezet kialakítása kell, hogy legyen, ezáltal csökkentve a nem fertőző betegségek előfordulását és a lakosság jól-létének javítását.⁵ A támogató környezet megteremtésén és a közösségek erősítésén keresztül cél az egyének és a lakosság felruházása az életen át tartó egészséges életmód és magatartás lehetőségével. A 2016 novemberében rendezett Shanghai Egészségfejlesztési Konferencia nyomán létrejött nyilatkozat is ezt támasztja alá: kimondják ugyanis, hogy a helyi szintű kezdeményezések hatékonyan működnek és a közösségek és városok az egészség különösen fontos helyszíneit képezik.⁶

Hagyományos egészségnevelés, felvilágosítás

A populáció alapú megközelítés mellett létezik egy ún. hagyományos egészségnevelésen, felvilágosításon alapuló szemlélet, mely azon az elméleti megfontoláson alapul, hogy az ember viselkedése racionális döntések sorozatának eredménye. Ebből kiindulva a nagyobb tudás a helyes döntéseket és a helyes egészségmagatartás kialakítását eredményezi. E megközelítés szerint a tudás az elsődleges meghatározó tényező, melynek növelésével a viselkedés pozitív irányban változik. Ezeket általában egészségnevelő kampányokkal, alkalmi jelleggel megszervezett iskolai felvilágosító előadásokkal, broszúrákkal igyekeznek elérni, melyek például, a dohányzás veszélyeire, az egészséges táplálkozásra és a fizikai aktivitás növelésére hívják fel a lakosság figyelmét. Ezzel szemben az egészségnevelési tananyagok többnyire az elrettentés eszközeit alkalmazzák a helytelen életmód veszélyeire történő figyelemfelhívás során, melyek hatástalansága, sőt olykor ellentétes hatása egyre inkább beigazolódik (például, a dohánytermékek dobozán feltüntetett tájékoztató, elrettentő üzenetek ellenére a nők körében továbbra is emelkedik a dohányosok aránya.)

A megközelítés fő jellemzője, hogy többnyire egyirányú kommunikációt, közlési formát alkalmaz, nélkülözve a hallgatóság aktív bevonását a folyamatba.⁷

Szintér alapú megközelítés

A szintér alapú megközelítés tárgyalása előtt fontos lehet tisztázni az egészségfejlesztési szintér fogalmát. A szintér programok az Ottawai Charta nyomán jöttek létre. A szintér olyan helyszín, „ahol az emberek a mindennapi életüket élik, és ahol részvételük a saját egészségük fejlesztésében „magától értetődő.”^{8 (6.o.)} Olyan „hely”, ahol az egyén és az esetleges probléma is „jelen van”, így, ahová az előzőekből adódóan a beavatkozást is el kell juttatni. A normák és a szocializáció a különböző szintereken alakulnak ki, ahol az egyén kapcsolatba kerül a társadalom különböző csoportjaival. Az egészségfejlesztésben alkalmazott szintér-megközelítés a mindennapi élet szintereinek tekintetében szűkebb értelemben minden önkéntes közösségi (informális csoportos formában történő) rendszeres aktivitást. Tágabban értelmezve, azon formális csoportok is ide sorolhatók, ahol mód van az informális kapcsolatok erősítésére, amelyek által a közösségi támogatottság és így módon az egészség is fejleszthetővé válik (például, oktatási intézmények, munkahelyek, speciális célcsoportot ellátó intézmények, kistéleplések, településrészek, lakótömbök, stb.). Az egyes szinterek további jelentőségét az adja, hogy nagy létszámú társadalmi csoportok csak egyes, speciális szintereken érhetőek el.

A lokális szinterek egészségtervei összekapcsolhatók, kiegészítik egymást és megalapozzák a felsőbb szintű, komplexebb egészségterveket. Egy városi vagy járási egészségterv akkor értelmezhető igazán, ha a lokális szinterek kompetenciájukba nem tartozó problémáit térképezi fel és azok kezelésére törekszik. Egy kis közösség (szintér) szerepe, illetve felelőssége, hogy úgy határozza meg önmaga szükségleteit és igényeit, hogy a felsőbb szinten tervezett koncepciók és fejlesztési stratégiák, tervek azt számításba is tudják venni. Ily módon biztosítható, hogy a helyben meglévő források kiegészítése, támogatása felhasználható és fenntartható módon valósuljon meg.⁸

Populációs megközelítés

Ádány Róza 1998-ban az előzőeken túl kétféle megközelítést említ: az egyénre és a populációra alapozott megelőzést. Az első esetben – megfogalmazása

szerint – a megelőző stratégia először azonosítja a fokozott kockázatnak kitett egyéneket, majd bizonyos védelmet kínál számukra. A fokozott kockázatnak kitett egyénekre irányuló („veszélyeztetett csoport”) preventív stratégiák célja a magas kockázatnak kitett egyének azonosítása, valamint a kockázatok csökkentése. Az egész népeiséget célzó „populációra alapozott” stratégia az előzővel ellentétben a populációra jellemző kockázati tényezőiket szerves egészként próbálja meg kezelni, a kockázati tényezők populációs eloszlását kedvező irányba módosítani.

Mindkét preventív stratégia középpontjában a kockázati tényező okozta kockázat kivédése, megelőzése áll. Végeredményben tehát mindkettő a népességi egészségi állapotán szándékozik javítani.

Különbséggként jegyezhető meg azonban, hogy a fokozott kockázatnak kitett egyénekre irányuló preventív stratégia a legnagyobb expozíciónak kitett egyénekre összpontosít. Alkalmazásának elengedhetetlen előfeltétele a fokozott kockázatnak kitettek (a „rizikó-csoport”) azonosítása. Az egész népeiséget célzó preventív stratégia a kockázati tényezők populációs szintjének általános csökkentésével szándékozik a lehetséges kockázatok csökkentését elérni és ezáltal a népesség egészének egészségi állapotát javítani (egészségmegőrzés és betegség megelőzése); mivel ez a stratégia a népesség egészére irányul, nincs szükség a célcsoportok előzetes azonosítására.¹

Goffrey Rose, epidemiológus „*Sick Individuals and Sick Populations*” című, 1985-ben közreadott értekezésében Roy Acheson által feltett kérdése nyomán a megbetegedések kialakulásának okai közötti összefüggéseket vizsgálta. Nevezetesen, hogy „Miért pont ezek a betegek betegedtek meg és miért éppen most?” (*“Why did this patient get diseases at this time?”*) Rose tehát a megbetegedések egyéni és populációs szinten megjelenő okait vizsgálta. Nem csak arra a kérdésre kereste a választ, hogy „Mi a diagnózis és hogyan kezeljük?”, hanem azt is, hogy „Miért pont most történt és hogyan lehetett volna megelőzni?” és hogy „Miben különböznek a beteg és az egészséges egyének?” Számos kohorsz vizsgálat irányult az elmúlt években ezen kockázati tényezők felkutatására. Ezek célja, hogy választ ta-

láljanak arra a kérdésre, hogy bizonyos egyének miért fogékonyabbak a betegségekre, másokkal szemben, akik egészségesek maradnak. Miért nincs magas vérnyomás-betegség például, Kenyában és miért olyan gyakori Londonban? A válasznak a lakossági átlagot meghatározó tényezőkhöz van köze. Az, hogy mi különbözteti meg a két csoportot, annak semmi köze az egyéni jellemzőkhöz, a teljes eloszlás eltolódásához viszont annál inkább a – népesség egészét érintő, vérnyomást befolyásoló – hatások eredőjeképpen. Az egyének ezen jellemzőinek előfordulási valószínűségét a környezeti és egyéni faktorok változása befolyásolhatja. Minden olyan tényező, mely módosítja az eloszlást, az az egyénekre kifejtett hatáson keresztül változtatja meg a népességbeli eloszlást.⁹

A vérnyomás „normál” laboratóriumi értékének definícióját is körüljárja, amely többnyire a helyi populáció körében leggyakrabban előforduló értéket jelöli. Így tehát azokat nevezik „normál vérnyomással” rendelkezőknek, akik nem térnek el a helyi kortársaik értékétől. Hazánkban például a 140/90 Hgmm alatt mért vérnyomás értékeit tekintik „normál” értéknek, míg az USA-ban számos vizsgálat irányult az utóbbi időben a vérnyomás határértékére vonatkozóan, amely ennek a határértéknek az újradefiniálását (120/80 Hgmm) sürgeti.¹⁰ Az, hogy mit tekinthetünk a vérnyomás tekintetében „normál” értéknek tehát, számos tényező függvénye (például, kor, nem), melyek mind befolyásolják ezeket az értékeket.

A populációs stratégia/megközelítés tehát egy kísérlet az egyes betegségek incidenciáját meghatározó tényezőinek kontrollálására, annak érdekében, hogy csökkentsék a kockázati tényezők átlagos szintjét, valamint az expozíció teljes eloszlását egy kedvezőbb irányba befolyásolják.

A hagyományos „közegészségügy” ehhez kapcsolódóan a környezeti szabályozást alkalmazza a környezet egészségbarát ki- illetve átalakítása útján (pl. tiszta ivóvíz, megfelelő csatornázás). Modern formájában megkísérli helyettesíteni (kevésbé sikeresen) a viselkedés néhány társadalmi normáját, valamint az egészséges viselkedés és az annak megfelelő választások elősegítését. Az egészséggel kapcsolatos kockázatokkal szemben történő passzív védelem ugyanis sokkal hatékonyabbnak tűnik, mint

az aktív viselkedés megváltoztatásának elősegítése.¹¹

Rose állítása szerint, ha a megbetegedési kockázat széles körben elterjedt, az intézkedések, amelyek mindenki kockázatát csökkentik, sokkal hatékonyabbak a betegségteher csökkentésében, mint a magas kockázatú megközelítés, amelyben az intézkedések csupán azokat az egyéneket célozzák, akik lényegesen nagyobb megbetegedési kockázattal rendelkeznek. Mivel, ha a megbetegedések aránya növekszik a kockázati tényezők növekvő szintjével párhuzamosan, akkor az emberek nagyobb számában történő, mérsékeltebb kockázatemelkedése esetén (is) általában több megbetegedéssel járulnak hozzá a teljes betegségteherhez, mint az alacsonyabb létszámmal bíró, magas kockázattal rendelkező társaik.

A népesség nagy százalékát elérő beavatkozások, a tömegeket célzó megelőző intézkedések alkalmazása számos jelentős előnnyel bír:

- Radikálisak: kísérletet tesznek a betegség kiváltó okainak megszüntetésére, amelyek a megbetegedést gyakorivá teszik.
- A populáció hatalmas részét eléri, olykor a vártnál is nagyobb részét, ily módon a megbetegedések incidenciája csökkenthető.
- Elősegítik a megfelelő viselkedést: ha a dohányzásmentesség vagy például, a diéta válik társadalmilag elfogadott normává, akkor az egyének meggyőzése kevésbé szükséges. Ezáltal az új táplálkozási igényekhez/szokásokhoz adaptálódnak az élelmiszergyártók is. Ily módon az egyénnek nem szükséges túlságosan nagy erőfeszítéseket tennie a diéta fenntartásához.

Hátrányai:

- Az egyén számára alacsonyabb haszonnal bírnak. A prevenció paradoxon szerint azok a prevenció intézkedések, amelyek populációs szinten nagy haszonnal járnak, az azokat alkotó egyének számára keveset nyújtanak, különösen rövidtávon (például, védőoltások, kötelező biztonsági öv használat, és napjainkban számos életmód jellemző).
- Alacsony motiváció az egyének és az orvosok körében, amelynek következtében az egyé-

nek számára rövidtávon hatástalanok. Az orvosok által pácienseknek nyújtott tanácsok megfogadása pedig kisebb valószínűséggel eredményez azonnali egészségjavulást.

- Az orvosok/egészségügyi dolgozók számára nehéz az egészséget populációs kérdésként, és nem pedig az egyén saját problémájaként értelmezni.
- Alacsony egyéni hasznot eredményeznek, ezzel szemben jelentős költséget generálnak.⁹

Rose publikációja tehát a betegségmegelőzés új stratégiájának kiindulópontját képezte. A hatékony prevenciók lehetőségekről való gondolkodásban úttörő volt. Munkájával egyfajta prevenció útmutatót kívánt nyújtani. A betegségek egyéni eseteinek okát, valamint annak incidenciáját vizsgálta egy adott populációban. Emellett a kockázatalapú és a populációalapú megközelítés lehetséges előnyeit és hátrányait vette számba.¹²

A kockázat alapú (rizikócsoportos) megközelítés

A megközelítés elméleti alapját a korai szűrés során azonosított egészségproblémákkal, rizikófaktorokkal rendelkező csoportokat célzó prevenció és egyéb intervenciók tevékenységei képezik. Ily módon a krónikus, nem fertőző megbetegedésekkel, illetve a társadalmi-gazdasági helyzet szempontjából veszélyeztetett kockázati csoportok megfelelő azonosításával lehetőség nyílik a célcsoportra jellemző egészségmagatartás megváltoztatását célzó megelőzési programok és egészségjavító beavatkozások kialakítására.

Ez a fajta megközelítés a hagyományos, medikális prevenció megközelítésén alapul, amely a kockázat eloszlásának egyfajta „csonkolása”. Számos speciális megelőző beavatkozást kínál minden magas kockázatú egyén számára (például, alacsony súllyal született csecsemők, vagy egyéb más, különösen veszélyeztetett csoportok, mint például a hajléktalanok vagy a szexmunkások).

Több világos és fontos előnnyel bír:

- a kockázati csoportokra irányul, betegség specifikus,
- a források költség-hatékony felhasználása jellemzi,
- fenntartja az orvos motivációját,

- alkalmazása esetén alacsony a kockázati arány (adott csoportban azonos kockázat).

Az elsődleges előnye, hogy a beavatkozások az egyént célozzák. Például, könnyebb egy köhögéssel vagy károsodott légzésfunkcióval küzdő dohányost leszokásra ösztönözni, hiszen már számára is felismerhető, speciális indoka van a dohányzás elhagyásának. Akárcsak a magas vérnyomásban szenvedők esetében a sófogyasztás csökkentésének.

A kockázatalapú megközelítés fő tevékenységeinek egyike a szűrés, amely azonban számos hátránnyal bír:

- Többnyire a betegség legkisebb kockázatának kitett egyéneket éri el. Emellett olyanokat, akik magas kockázati csoportba sorolhatóak, de nem áll rendelkezésre megfelelő kezelés a kockázatuk csökkentésére.
- Palliatív és ideiglenes, nem radikális/kevésbé mélyreható: nem a betegség okainak megszüntetésére irányul, hanem azon egyének azonosítására, akik különösen fogékonyak a fentebb említett betegségekre.
- A megközelítés alkalmazása esetén korlátozott lehetőség áll rendelkezésre az egyének és a populáció számára (a jövőben kialakuló betegség előrejelzésének lehetősége meglehetősen gyenge a relatív kockázati statisztikák és az abszolút kockázat között).
- A szűrés mellett az egyén környezetét is meg kell szólítani/célozni a helytelen egészségmagatartás miatt, amelyet a szociális normák, a környezet, kortársak viselkedése predestinál.

Emellett Rose tanulmányában azt is megállapította, hogy az alacsony kockázattal rendelkező emberek nagy száma több megbetegedést idézhet elő, mint azok, akik magas kockázattal rendelkeznek, de kevesebben vannak. Mivel ez a szituáció elég gyakori, ezért a magas-kockázatra alapuló stratégia korlátozott hasznosságára enged következtetni a megelőzésben.⁹

Szubpopulációs megközelítések

A szubpopulációs megközelítés a népesség belüli egy-egy kiemelt alcsoportot különböztet meg. A megközelítés döntően olyan alcsoportokra vonatko-

zik, amelyek a társadalmi erőforrások és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés alapján (mint például, jövedelmi helyzet, egészségi állapot, foglalkoztatási státusz vagy lakóhely) hátrányosan érintettek. Azon a meggyőződésen alapul, hogy bizonyos társadalmi jelenségek gátolják az egészséget támogató erőforrásokhoz való igazságos hozzáférést, és hogy a társadalom hátrányos helyzetű tagjaira irányuló beavatkozások szükségesek az egyes csoportok egészségi állapotában megfigyelhető „szakadék” megszüntetéséhez.¹²

Egy másik megfogalmazás a társadalom ilyen alcsoportjait különösen sérülékeny populációként határozza meg. Az elnevezés olyan csoportokra utal, akik a társadalomban elfoglalt helyük miatt hátrányos körülmények közt élnek, és ennek következtében az egészségkockázati kitettségük a lakosság más csoportjaihoz viszonyítva nagyobb. Az Ontario Népegészségügyi Intézet által megalkotott standardokat tartalmazó kiadványában prioritást élvező populációnak nevezi a lakosságnak ezen szegmensét, amelyet szintén a marginalizálódás, a sebezhetőség vagy más kockázati tényezők alapján határozott meg.¹³

A különösen sérülékeny csoportok, valamint a kockázatnak kitett csoportok ugyan alapvetően különböznek egymástól, de néhány tekintetben mégis fedik egymást. Az előbbieket közös társadalmi jellemzőkkel határozhatók meg, míg utóbbiakat egy-egy kockázati tényező magas szintű expozíciója jellemzi. Kanadában például azokat tekintik veszélyeztetett populációban élőknek, akiknél a kockázati kitettség összességében lényegesen magasabb, mint a lakossági átlag (például, a bennszülött származásúak, a szegénységi küszöbnél alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők és a középfokú végzettséggel nem rendelkezők). Az őslakosok átlagosan számos kockázati tényezőnek vannak kitéve, de nem mindenki tartozik a magas kockázati populáció csoportjába.

A szubpopulációt célzó intézkedések lehetséges hátránya, hogy ezen populációk pozitív diszkriminációjához, stigmatizálásához vezethet. Emellett a populációs egészség szempontjából kevésbé hatásos.

Az országokon belüli társadalmi és gazdasági rétegződés megnehezíti az egymástól teljesen eltérő szubpopulációk – megelőzésről szóló médiaüzenetek

által történő – elérésének képességét. Különbségeket okoz a médiaajánlások gyakorlatban történő alkalmazásában, sőt, problémákat okoz a társadalom különböző rétegei számára a természeti, környezeti és a közösségi létesítményekhez való hozzáférés tekintetében is. A gazdasági rétegződés, mint a népesség egészségének és hosszú élettartamának meghatározó tényezője, jelentős szereppel bír. Ezek a tényezők ebben a tekintetben sokkal fontosabbak, mint a társadalom gazdagságának átlagos szintje. A szubpopulációk jelentősen eltérhetnek a közvetített ajánlásokra adott érzékenységükben, az üzenetek megértésének és adaptálásának képességében, valamint az adott csoport elérésének lehetőségeiben.¹⁴

Egészséghatás piramis

Thomas R. Frieden egy alternatív fogalmi keretet dolgozott ki¹⁵, amely a különböző (célcsoportra irányuló) népegészségügyi intézkedéseket egy 5 szintből álló piramis alakú rendszerbe ágyazva különbözteti meg egymástól. A piramis alapját a társadalmi-gazdasági meghatározó tényezők azonosítására tett erőfeszítések képezik. Ezt követik a népegészségügyi beavatkozások (például, tiszta ivóvíz, biztonságos úthálózat biztosítása), amelyek megváltoztatják az egyén környezetét, valamint a hosszú távú előnyökkel járó egészségvédelmi beavatkozások (például, immunizálás), ezt követi a közvetlen klinikai ellátás, majd a piramis tetején a tanácsadás és az oktatás.

A piramis legalsó szintje a társadalmi-gazdasági tényezők változását tükrözi. Itt az általános – a teljes népességre kiterjedő – beavatkozások és intézkedések találhatók (például, a szegénység csökkentése, az oktatás fejlesztése), amelyek a legkevesebb egyéni erőfeszítést igénylik, várhatóan mégis a legnagyobb populációs hatással bírnak. Mivel azonban az ezen a szinten megvalósított intézkedések a társadalom szociális és gazdasági struktúrára vonatkoznak, ellentmondásosak lehetnek, különösen akkor, ha a lakosság nem látja, hogy az ilyen beavatkozások a kormány megfelelő tevékenységi körébe tartoznának.

A következő szint olyan beavatkozásokat jelent, amelyek megváltoztatják a környezetet, annak ér-

dekében, hogy az egészséges választás alapértelmezett lehetőség legyen, függetlenül az egyének iskolázottságától, jövedelmi helyzetétől és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésétől. Ezen beavatkozási szint meghatározó jellemzője, hogy az egyéneknek jelentős erőfeszítéseket kell tenniük azért, hogy ne részesüljenek az intézkedések előnyeiből (például, vezetékes ivóvíz hozzáadott fluorid-tartalma, transz zsírsavak mellőzése, élelmiszerek sótartalmának csökkentése, kerékpárutak kiépítése, dohányfüstmentes helységek, stb.).

A következő – 3. szint – a hosszantartó egészségvédő intézkedéseket tartalmazza. Ezek általában kevésbé hatásosak, mint az alsó két szint által megvalósított beavatkozások, mivel az egyének közreműködését igénylik. Ilyen beavatkozások például a védőoltások vagy a dohányzásról leszokást támogató programok.

A 4. szintet a klinikai beavatkozások képezik, amelyek például, a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésére irányulnak, és egyénenként a legnagyobb egészséghatással járhatnak. A bizonyítékokon alapuló orvosi ellátás csökkenti a betegségek terheit, azonban az ilyen beavatkozások populációs szintre összesített hatását erősen korlátozhatja a szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézsége, valamint az alacsony terápiahűség (például, a gyógyszereszedési problémák a magas vérnyomás és diabétesz kezelése esetében). Az orvosi ellátás eredményességének fokozása érdekében fontos a szigorú elszámoltathatóság, az igazoltan jó ellátási gyakorlatok ösztönzése (például, a vérnyomás és a koleszterin-szabályozás), valamint az ezeket támogató rendszerintű megoldások alkalmazása (például, elektronikus nyilvántartási rendszer, pénzügyi ösztönzők). A piramis tetején (az 5. szinten) elhelyezkedő intervenciók az egyének segítségén alapulnak, a teljes lakosságra viszont kevésbé terjednek ki. Az orvos-beteg találkozásokon vagy más szinten nyújtott tanácsadás – amelyet egyesek a népegészségügyi cselekvés lényegének tekintenek – a gyakorlatban a legkevésbé hatékony beavatkozási típusnak bizonyul. Elméletileg az ilyen univerzálisan és hatékonyan alkalmazott beavatkozásokkal hatalmas populációs hatás érhető el. A gyakorlatban, még a piramis felsőbb szintjein lévő legjobb programok is korlátozott népegészségügyi hatást érnek el, főként azért, mert nem képesek hosszabb időn keresztül

fennmaradó viselkedésváltozását elérni. Ennek oka legtöbbször az egészséges életmódot támogató környezet biztosításának nehézsége. Az egyéni szintű beavatkozásoknak például az elhízás kockázatát csökkentő környezet kialakítására (könnyen elérhető, testmozgásra alkalmas sportpályák a fizikai aktivitás fokozására, vagy olcsó zöldség és gyümölcs a táplálkozás javítására) többnyire kevés vagy semmilyen hatása nincs.

Frieden szerint az egyetlen dolog, amely az egyének számára nyújtott egészségnevelés tapasztalataiból leszűrhető, hogy az csupán elvesztegetett idő. Az eredmények eléréséhez a jelentős tanácsadási és utánkövetési időszakokra vonatkozó beruházásra van szükség. Ez igen nagy idő, energia és erőforrás ráfordítással jár, emellett sokkal hatékonyabb a korlátozott orvosi szolgáltatásokra és időre koncentrálni ott, ahol szükséges és ahol nagy valószínűséggel a legnagyobb előnnyel jár.

Fentiek alapján megállapítható, hogy a piramis tetejétől annak legalsó szintjéig haladva növekszik a szintekben megjelenő intézkedések populációra kifejtett hatása, illetve a politikai elköteleződés szükségessége. Ez utóbbi hiányában aligha valósulhatnak meg sikeresen ezek a beavatkozások. A piramis csúcsa felé haladva pedig az egyéni erőfeszítések szükségessége növekszik, míg a populációs szinten összesített hatásosság egyre csökken.¹⁵

KÖVETKEZTETÉSEK

Számba véve a fentieket, megállapítható, hogy a hatékony népegészségügyi beavatkozások érdekében kiemelkedően fontos azok várható hatásait előzetesen értékelni az elvárt előnyök és a megvalósítás költségének szembeállítása révén, valamint előzetes költség-hatékonyság becslés segítségével.

Emellett fontos figyelemmel lenni arra a tényre, hogy az egyén és a társadalom kollektív szokásainak, viselkedésének megváltoztatása nehezebb, mint az egészséget befolyásoló környezet átalakítása. Az egyén betegségekétől való félelme azonban igen jelentős motiváló erővel bírhat (például, a tüdőráktól való félelem vezérelte dohányzás leszokást támogató programokon való részvétel).^{9,11}

Hatékony populációs megközelítés eléréséhez a különböző társadalmi csoportokhoz (nemcsak a kockázati csoportokhoz) igazított tartalmú üzenetek megfogalmazása szükséges, törekedve az egyének széles körének elérésére. Ehhez figyelembe kell venni a populáción belüli társadalmi rétegződést, ugyanis számos eltérés figyelhető meg az egyes szubpopulációk között az üzenetek megértése, adaptálásának lehetősége és az adott csoport szenzitivitása, elérhetősége tekintetében. Önmagában a médiaüzenetek nem érik el a kívánt hatást, ha az egyéneket nem sikerül közvetlenül elérni. A populációs alapú megelőző intézkedésekkel elért hatás érdekében tehát módosítani szükséges a különböző társadalmi csoportok számára címzett tartalmat, valamint széles körben elérhetővé kell tenni azt a – nem kizárólag csak a magas kockázatú – csoportok számára.¹⁴

Egy Hollandiában lezajlott vizsgálatban ezeknek a populációs és kockázat alapú megközelítéseknek a prevencióhoz való hozzájárulását hasonlították össze 1970 és 2010 között a populáció egészségére gyakorolt hatása tekintetében. 22 preventív beavatkozást vizsgáltak meg, amelyek összesen 16 ezer halálozás és számos megbetegedés elkerülését eredményezték. Ezek közül a dohányzás elleni küzdelem és a közúti közlekedési biztonságot javító intézkedések bizonyultak a legnagyobb hatásúaknak. A kockázat alapú megközelítések, mint a magas vérnyomás felismerése és visszaszorítása, valamint a daganatos megbetegedések szűrése csupán az egynegyedet képezték a teljes egészségnyereségeknek. Ehhez kapcsolódva idézhető Mackenbach és munkatársai, akik szerint jelentősen nagyobb egészségnyereség érhető el a populációs megközelítéssel, mint a kockázati alapú prevenció megközelítések alkalmazásával. A prevenció stratégiák tervezésekor tehát az egészségnyereség maximalizálása érdekében a populációs, kockázati csoportok igényeit figyelembe vevő megközelítések kombinációjára, valamint a különböző társadalmi csoportok sajátosságaira irányuló, ennek elvei mentén megtervezett beavatkozások kidolgozására van szükség.¹¹

A prevenció stratégiák tervezésekor kiemelkedően fontos a társadalmi-gazdasági kontextus figyelembe

vétele. Így jártak el 1972-ben North Karelia projekt tervezése és megvalósításakor is, ahol már holisztikusan, azaz több ágazat bevonásával, az egyént körülvevő környezet szerepének figyelembe vételével szemlélték a prevenció programokat. A populációs szintű beavatkozások mellett számos társadalmi csoport számára megfogalmazott (média) üzeneteket alkalmaztak, kiegészítve az orvos-beteg találkozások alkalmával történő kommunikációt. Ily módon igyekeztek biztosítani a projekt átfogó, közösségi fókuszú megvalósítását, amelyben részt vett a nonprofit szektor, az ipar, a média és a közpolitika is. A projektet követően a szív- és érrendszeri megbetegedések száma szignifikánsan csökkent a lakosság körében.¹²

Marmot szerint a társadalom egészére kiterjedő cselekvésre van szükség, az egészségügyi rendszer eredményességét meghatározó társadalmi tényezőkre összpontosítva.¹⁶ Véleménye szerint "(...) az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek kezelése érdekében a legfontosabb stratégiák azok, amelyek egyetemesek (...).¹⁷ Kiemelkedően fontos, hogy az intervenciók ágazatköziek és részvételen alapulóak legyenek. A sérülékenységet okozó alapvető okok¹ a mindennapi életben gyökereznek, és ezek enyhítése elsősorban az egészségügyi ágazaton kívül esik (például, az analfabetizmus megakadályozása/megelőzése). Ilyen esetekben az egészségügyi ágazat szerepe nem annyira nagy a társadalmi meghatározók alakításába történő közvetlen befektetésben, mint a menedzselésben és az egyéb egyenlőtlenségek csökkentésében.¹⁴

A társadalmi és gazdasági változások elérése alapvető társadalmi átalakulást igényel. A kontextusváltás gyakran vitatott, amelyet például Magyarországon a dohányzást vagy a mesterséges transzsírsav-szabályozást érintő törvényhozás körüli viták bizonyítanak. Az alapvető társadalmi változások megteremtésének legfontosabb akadálya azonban gyakran nem a pénzhiány, hanem a politikai akarat hiánya. Az egészségügyi ágazat szerepe megteremteni az ágazatokon átívelő támogatást és kialakítani, fejleszteni a változásokhoz szükséges partnerségeket. Annak ellenére, hogy társadalmi és környezeti változások hatékonyabbak a népegészségügy fejlesztésében, ez nem jelenti azt, hogy más

¹ Erről részletesebben lásd ebben a lapszámban Csizmadia P. Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban című cikkét.

beavatkozásokat figyelmen kívül kellene hagyni. Például, az óvszerhasználat ösztönzése korlátozott hatékonysággal bír, azonban csökkentheti a HIV-fertőzést. Különböző népegészségügyi problémák esetén tehát, különböző szintű és típusú beavatkozások lehetnek a leginkább hatékonyabbak vagy kivitelezhetők bármely/adott környezetben.¹⁵

Az előzőek alapján fontos továbbá megállapítani, hogy a rövidtávon megvalósuló projektek helyett vi-

lágos, megalapozott, hosszú távú prevenciók stratégiára van szükség, a fő beavatkozási prioritások kijelölésével. Ily módon megteremthető lenne a szinergia és a hatékony koordináció a stratégia részét képező (jelenleg projektszinten történő) beavatkozások között. Ehhez elengedhetetlen a szükséges erőforrások biztosítása, illetve a korábban megvalósult, illetve jövőben megvalósuló prevenciók beavatkozások, tevékenységek fenntartása, folytatása.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Ádány R.: A prevenció helyzete Magyarországon és viszonya a lakosság egészségi állapotából adódó prioritásokhoz OMFB TEP háttéranyag, DOTE Népegészségügyi Iskola, Debrecen, 1998.
- ² Bakacs M et al. Egészségjelentés 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. szerk.: Varsányi P, Vitrai J. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017.
- ³ Dr. Kósa K.: Az egészségfejlesztés gyakorlata, Hallgatói kézikönyv; 2015.
- ⁴ Colgrove J.: The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence: *Am J Public Health*. 2002 May; 92(5): 725–729. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447153/pdf/0920725.pdf> (Elérve: 2017. június 29.)
- ⁵ Kishegyi J., Makara P.: Az egészségfejlesztés alapelvei - Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp 9.. (Elérve: 2017. június 29.)
- ⁶ 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: 2017.06.29.)
- ⁷ Simonyi L. (szerk.) Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez, Oktatási Minisztérium, Budapest 2004. (Elérve: 2017. június 29.)
- ⁸ Füzesi Zs, Tistyán L. Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. (Elérve: 2017. június 29.)
- ⁹ Rose, G.: Sick Individuals and Sick Populations, *International Journal of Epidemiology* 1985; Vol. 14, No. 1: 3238
- ¹⁰ Taylor, B.C., Wilt, T.J., Welch, H.G. Impact of diastolic and systolic blood pressure on mortality: implications for the definition of "normal" *J Gen Intern Med* (2011) 26: 685. doi:10.1007/s11606-011-1660-6
- ¹¹ Mackenbach, J. P.: The population and high-risk approaches *European Journal of Public Health*, 2012;Vol. 23, No. 6, 909–915
- ¹² Zieliński, A.: Sick people and sick populations – legacy of Geoffrey Rose *Przegl Epidemiol* 2014; 68: 475 – 479.
- ¹³ Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Lu D, Tyler I. Focus on: A proportionate approach to priority populations. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2015..
- ¹⁴ Frohlich, K. L. et al. Transcending the Known in Public Health Practice The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations *American Journal of Public Health*, February 2008, Vol 98, No.2
- ¹⁵ Frieden, T. R.: A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid, *American Journal of Public Health*, April 2010, Vol 100, No. 4.
- ¹⁶ Marmot M, Bell R.: Fair society, health lives. *Public Health*. 2012;126 Suppl 1:S4-10.
- ¹⁷ Marmot M, et al.: Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012;380(9846):1011-29.

A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-2015 jelentés összefoglalója

Health system performance assessment 2013-2015 report summary

Szerző: Formanek-Balku Eszter ✉
Egészségfejlesztés folyóirat

Beküldve: 2017.05.31.
doi: 10.24365/ef.v58i2.153

Kulcsszavak: egészség, egészségügyi rendszer, teljesítményértékelés, MÉRTÉK

Keywords: health, healthcare, performance assessment, HSPA

BEVEZETÉS

Az egészségügy teljesítményértékelése a világon számos országában bevett szokás, melynek célja, hogy átfogó képet adjon az egészségügy működéséről. Magyarországon a teljesítményértékelés gyakorlatát a 36/2013. (V.24.) EMMI rendelet intézményesítette, és ez határozza meg a folyamat működését is. A jogszabályban meghatározott teljesítményértékelési munka 2013-ban, a Magyar Teljesítményértékelési Munkacsoport létrejöttével kezdődött, amelynek legfőbb eredménye az itt bemutatott átfogó jelentés a 2013-2015-ös időszakról.

TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉSI MUNKACSOPORT

A teljesítményértékelésért felelős szerv az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, amelyet munkájában a Munkacsoport állandó tagjai támogattak, mint az Országos Egészségügyi Pénztár, az Országos Tisztiorvosi Hivatal, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, a Központi Statisztikai Hivatal, és az Egészségügyért Felelős Államtitkárság hat főosztálya. Továbbá a közös munkában aktívan részt vettek az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ,

valamint az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ, mint meghívott tagok. Megfigyelőként volt jelen a teljesítményértékelési munkában a WHO, és módszertani segítséggel támogatta a csoport tevékenységét. A jelentés teljességéhez a tbc fókuszterület vonatkozásában, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet munkatársai járultak még hozzá.

JELENTÉS RÖVID ÖSSZEFOGLALÓJA

A jelentés legfőbb célja volt, hogy a magyar egészségügyről és azon belül az ellátó rendszerről különböző forrásokból képződő nagy mennyiségű statisztikai adatokat egységes szemlélet alapján feldolgozza és az így kapott eredményeket interpretálja különböző szakmai ismereti szinteken. A jelentés tartalma az előzetesen meghatározott indikátorok bemutatására épült, amelyek a következő témakörökbe sorolhatóak:

- Az egészségi állapot egészségügyön kívüli befolyásoló tényezők;
- Demográfiai, mortalitási és morbiditási adatok;
- Struktúra/elérés;
- Pénzügyi védelem;

- Minőség, ellátásbiztonság;
- Hatékonyság, fenntarthatóság;
- Fókuszterületek: Szívinfarktus és tuberkolózis ellátás.

Bár a jelentés készítése során alkalmazott, átfogó megközelítés az egyes indikátorokkal kapcsolatos vizsgálat részletességének határt szab, a közölt adatok, feltárt problémák, és mélységi elemzések további program- és intézményértékelések és egyéb szakpolitikai munkák kiindulópontjai lehetnek.

A jelentésben részletesen tárgyalt eredmények alapján összességében megállapítható, hogy bár a magyar lakosság egészségi állapota javuló tendenciát mutat, továbbra is elmarad az Európai Unió legtöbb tagállamának szintjétől. Az alacsony gazdasági

státuszú háztartásoknak gyakran jelentős anyagi terhet okoz az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Az ellátórendszer működésében mind a hozzáférés, mind a minőség, mind pedig a hatékonyság területén számos olyan problémát azonosítottak, amelyek megoldásával a fenti nehézségek számottevő mértékben javíthatóak lennének. Fontos kiemelni, hogy az egészségi állapotot nem csak az ellátórendszer befolyásolja, hanem az azon kívül eső tényezők, mint az egészségmagatartás, ezért ezen a területen történő beavatkozásokra is sokkal nagyobb hangsúlyt kell fektetni.

Az indikátorok részletes eredményeiért és további érdekes információkért keresse fel a MÉRTÉK honlapját: <https://mertek.aEEK.hu/web/mertek-magyar-egeszsegugyi-rendszer-teljesitmenyertekelese>

Megjelent az Egészségjelentés2016

HealthReport2016 is now available

Szerző: Varsányi Péter ✉
Egészségfejlesztés folyóirat

Beküldve: 2017.06.07.
doi: 10.24365/ef.v58i2.155

Kulcsszavak: egészségjelentés, halandóság, egészségmagatartás, elvesztett egészséges életek, egészségvesztés

Keywords: health report, mortality, health behaviour, disability adjusted lifeyears, burden of diseases

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2016-ban is áttekintette a magyar lakosságról rendelkezésre álló legfrissebb egészségadatokat. Ennek eredményeként az év elején megjelent az Egészségjelentés2016 című tanulmány (a teljes anyag [itt](#) érhető el), amelynek dedikált célja az informált népegészségügyi döntéshozatal támogatása. A legfrissebb jelentés a 2015-ben megjelent elődjéhez hasonlóan, a magyar lakosság egészségéről nyújt helyzetképet, kiemelve a legnagyobb terhet jelentő egészségproblémákat. Időbeli és nemzetközi összehasonlításban mutatja be az egészségi állapot illetve az egészségmagatartás legfontosabb indikátorainak értékeit.

A jelentés célja, hogy a hazai egészségpolitikusok számára bővüljön a lakosság egészségére vonatkozó, a megfelelően előkészített döntéshozatalhoz szükséges információ. A jelentés adatai megerősítik, hogy indokolt folytatni az egészségügyi rendszer már megkezdett átalakításait, úgymint az erőforrások rendszeren belüli elosztásának módosítását, a szakellátás átszervezését és a népegészségügy megerősítését. Az adatok elemzésének eredményei és a nemzetközi szakirodalom áttekintése alapján a szerkesztők az alábbi, oksági láncolatba illeszkedő meg-

állapításokat emelték ki a vezetői összefoglalóban. [1. ábra]

1. A magyar lakosság egészsége a legtöbb egészségmutatóban elmarad az EU fejlettebb tagországaihoz képest. Egyes keringési és rosszindulatú daganatos betegségek halálkozásában egyre nő a lemaradásunk. Igen jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálkozásban. A halálkozás mellett a csökkent életminőséget is tükröző elvesztett egészséges életek számában is jelentősen kedvezőtlenebbek a magyar értékek, mint az EU más tagállamaiban.
2. A magyarországi egészségvesztések döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza, ahogyan ezt a magyar egészségmagatartási mutatóknak az EU-ban kirívóan rossz értékei alátámasztják. Jelentős javulást ezért csak a lakosság egészségmagatartásának megváltoztatásától lehet várni.
3. Tudományosan megalapozott, hogy a viselkedést eredményesen változtató beavatkozások egyszerre bővítik az egészséges életmóddal kap-

csolatos ismereteket és készségeket, motiválnak életmódváltásra és biztosítják a viselkedésváltoztatást támogató társas és fizikai környezetet is.

4. Az egészségmagatartás megváltoztatásához több szektor kulcsszereplőinek összehangolt tevékenysége szükséges.
5. A társadalmi szereplők tevékenységének összehangolását országos, térségi és helyi szinten az egészségtervezés és annak megvalósítása biztosíthatja hatékonyan. Ennek feltétele a népegészségügy és az ellátó rendszer integrált, emberközpontú átalakítása. Különösen fontos a nép-

egészségügy közösségi szolgáltatásainak megerősítése, mert ez képes valamennyi szinten előmozdítani a társadalmi szereplőknek az egészségtervezésben és annak megvalósításában való támogató szerepvállalását. Ehhez – és a hazai egészségügyi rendszer hatékonyságának növeléséhez – a gyógyításról a megelőzésre szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni, és ennek megfelelően a korábbinál több erőforrást biztosítani.

6. Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, és lassan, nehezen változtatható, ezért nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól.

1. ábra: Az Egészségjelentés2016 adataiból levonható főbb következtetések



Forrás: Egészségjelentés2016

Egészségfejlesztés, betegségmegelőzés gazdasági elemzése

Promoting Health, Preventing Disease - The economic case

Szerző: Járomi Éva ✉
Országos Közegészségügyi Intézet

Beküldve: 2017.07.05.
doi: 10.24365/ef.v58i2.165

Kulcsszavak: gazdasági elemzés, egészségfejlesztés, betegségmegelőzés, beavatkozások, hatásosság

Keywords: Economic case, health promotion, disease prevention, intervention, efficiency

Napjainkban, az egészségfejlesztésbe és a nem fertőző megbetegedések megelőzésébe történő befektetés gazdasági elemzése jelentősebb, mint valaha. A krónikus, nem fertőző megbetegedések a halálozás és a megbetegedések fő okozói, amelyek jelentős része megelőzhető.

Az alább bemutatott könyv¹ bizonyítékokat szolgáltat arra vonatkozóan, hogy a szakemberek és általuk a döntéshozók azonosítsák azokat a tényezőket, amelyek a kormányzatok pénzét hatékonyan alkalmazzák, különösen a betegség kialakulását megelőzően, még mielőtt az egészségügyi ellátás szükségessé válik.

Az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés világszerte kiemelt szerepet játszik az egészségpolitikában, mégis kevésbé alkalmazzák, részben azért mert nehézkes a beavatkozások bizonyítékainak összegyűjtése.

A kiadvány célja, hogy gazdasági szempontból közelítse meg a jobb minőségű egészségfejlesztés és betegségmegelőzés kihívásait a döntéshozók, szakemberek és tudósok széles körét megszólítva. A krónikus nem fertőző megbetegedések, úgy mint például a szív- és érrendszeret érintő megbetegedések és a diabétesz, a halálozások fő okozói világszerte. A fenti betegségekhez kapcsolódó betegségterhek

közül néhány elkerülhető lenne hatékony egészségfejlesztéssel és a betegségmegelőzéssel. A legfontosabb kérdés az, hogy vajon rendelkezésre áll-e a fenti beavatkozásokhoz kapcsolódó gazdasági elemzés.

A kötet az EVSZ (Egészségügyi Világszervezet), az a GEFSZ (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) ismertebb nevén OECD (*The Organisation for Economic Co-operation and Development*) és az Egészségügyi Rendszerek és Szakpolitikák Európai Megfigyelőközpontjának közös munkájaként jött létre. Megjelenésével a bizonyítékokon alapuló egészségpolitikák megvalósulásához kívánnak hozzájárulni, az európai egészségügyi rendszerek átfogó elemzése útján. A kiadvány első fejezete áttekinti, hogy a gazdaság hogyan járulhat hozzá azon folyamat megértéséhez, amely által a krónikus megbetegedések kialakulnak, és amelyek a döntéseket és viselkedéseket meghatározzák ezalatt az időszak alatt. Tartalmazzák az alapvető fogalmakat és elméleti vitákat, ideértve a beavatkozások gazdasági logikáját, a módszerek gyakorlati illusztrációját, valamint a költségek és eredmények mérését, amelyeket általában a gazdasági elemzésekben alkalmaznak.

Az egyik fő következtetés az, hogy a különböző piaci kudarcok olyan gazdasági okokat képeznek a kormányzat számára, amelyek az egészségfejlesztési és

betegségmegelőzési beavatkozások megvalósítására ösztönzik, mindezt a társadalmi jólét javításának egy alternatívájaként. A viselkedés okozta nem megfelelő egészségi állapot költségeket vonhat maga után, amelyek elsősorban nem azoknál az egyéneknél keletkeznek, akik hasonló viselkedéssel bírnak. A külső gazdasági hatások összefüggnek azok járulékos hatásaival, melyek túlmutatnak az egyéneken. Ezek érintik a családokat, és megterhelik a közszolgáltatásokat is. Például a passzív dohányzás ártalmaival, az alkohol abúzzsal összefüggő erőszakos és rendellenes viselkedéssel, valamint a felelőtlen vezetésből eredő közlekedési balesetekkel. Egy szabad piacon az árak valószínűleg nem tükrözik ezeket a hatásokat.

Valószínűsíthető, hogy a fogyasztók kevés rendelkezésre álló információval bírnak ahhoz, hogy racionális és hatékony/eredményes döntéseket hozzanak. A bizonytalanság és a félreértés gyakran súlyosbítja a különböző életmódbeli döntések egészségügyi előnyeit és káros hatásait. Emellett az emberek nem minden esetben viselkednek racionálisan, amikor döntéseket hoznak. Néha az addiktív viselkedésük vagy viselkedés-formájuk, úgy, mint például a dohányzás vagy a játékszenvedély miatt, néha azért, mert "rövidlátóak", a jelen egészségtelen életmódját, az "élvezetet" választják, elutasítva a jövőbeli kockázatot. Illetve lehetséges, hogy szándékában áll, de nem sikerül megváltoztatnia a jövőbeli viselkedését. A döntést/választást mindemellett befolyásolja például a kortársak nyomása, vagy hogy melyik terméket reklámozzák vagy helyezik ki az üzletek polcain.

A könyv fő célja a speciális viselkedésből eredő kockázati faktorok kezelésének gazdasági bizonyítékainak áttekintése, úgy mint a dohányzás, a túlzott alkohol fogyasztás, a fizikai aktivitás hiánya/mozgásszegény életmód és az egészségtelen táplálkozás, valamint a környezethez kapcsolódó kiválasztott kockázati tényezők, úthálózat, lelki egészség és jólét. Keresztmetszeti témája továbbá a dokumentumnak az egészség kiválasztott társadalmi meghatározóit célzó beavatkozások bemutatása, különös tekintettel az oktatásra és a korai intervencióra. A szakpolitikai beavatkozások és a fő megvalósítási problémák elosztási hatásai pedig egy következő fejezetben jelennek meg.

A kiadvány kulcsüzenete szerint jelentős bizonyítékok állnak rendelkezésre minden vizsgált tématerület költség-hatékonyságáról. Ezek közül számos területen az intézkedésekhez kapcsolt költségvetési politikához és az egészséggel kapcsolatos információkhoz való hozzáférés javítása sokkal költség-hatékonyabb, mint bármely más elszigetelt intézkedés. A dohányzás megelőzés esetében például, annak megadóztatása az egyetlen és leginkább költség-hatékony intézkedés. De még ennél is nagyobb egészséghaszon érhető el, ha ez kombinálható lenne a dohányfüst-mentes környezetet érintő szabályozással, a reklámozás tilalmával, a figyelmeztető címkézés alkalmazásával, a tömegkommunikációs kampányok megvalósításával, melyeknek még mindig kedvezőbb a költség-hatékonysága, mint egy-egy elszigetelt tematikus média kampánynak.

A hatásosnak bizonyuló alkohol-politika pedig magában foglalja a kiskereskedelmi forgalomban lévő alkoholhoz való hozzáférés korlátozását, az alkohol reklámozásának tilalmát, amely vonatkozik a közösségi médiára is, az adók emelését és az alkohol egyénekenkénti minimális árának bevezetését. Sokkal költségesebb, de még mindig költség-hatékonyabb intézkedés a kockázatos ivók számára történő rövid tanácsadás, kiegészülve az ittas vezetéssel kapcsolatos jogi szabályozással, valamint a szondázattal, az alkohollal összefüggő megbetegedésekhez kapcsolódó kezelésekkel. A médiakampányok, a saját és iskolai egészségfejlesztési programok viszont nem tűnnek költség-hatékonyaknak. Fentiek alapján a kiadvány megállapítása szerint olyan stratégiára van szükség, amely a beavatkozások kombinálásán alapul, mert nagy valószínűséggel nagyobb egészségnyereséget eredményez, miközben megőrzi költség-hatékonyságát.

Arra szintén van bizonyíték, hogy bizonyos intézkedések növelik az emberek táplálkozásának minőségét. Az élelmiszerek magas só, cukor és zsírtartalmára kiszabott adó következetesen költségkímélő intézkedéseknek számít, bár ez egyre inkább csökkenni látszik. Körültekintő tervezésre van szükség annak érdekében, hogy elkerüljük a nem kívánatos helyettesítő hatásait - például az egészséges ételeket és italokat, vagy a hátrányos helyzetű fogyasztókat célzó támogatások összekapcsolásával. A feldolgozott élelmiszerek sótartalmának csökkentését célzó szakpolitikák számos tanulmány szerint kedvező

zőbb költség-hatékonysággal bírnak, habár kevés bizonyíték áll rendelkezésre az egyéb élelmiszerek összetételét érintő átalakítások (pl. transzsírsavtartalom) hatékonyságára vonatkozóan. A szakpolitika további célja például a gyümölcsök és a zöldségek hozzáférhetőbbé tétele az iskolákban, mérsékelt pozitív hatással bírhat. Az élelmiszercímkézési minták költség hatékonyak lehetnek, bár kevés tanulmányban vizsgálták őket. Néhány kutatás támogatja az élelmiszerek gyermekeknek szóló reklámozásának korlátozásait, amelyek hatékonyabban és jobban működnek abban az esetben, amikor kötelező jelleggel valósítják meg, mint az ön-szabályozáson keresztül. A fizikai aktivitás népszerűsítése a tömegkommunikációs kampányokon keresztül költség-hatékony és relatíve olcsó, habár, az egészségnyeresége alacsonyabb a célzottabb intervenciót nyújtó programokénál (pl. a munkahelyi szintén).

A közlekedési rendszer változása valamint a fizikai aktivitási lehetőségek hozzáféréseinek növekedése a tágabb környezetben, mint pl. kerékpár tárolók biztosítása, szintén potenciális előnyt jelent. Emellett azonban további körültekintő elemzésre van szükség, hogy megállapítsák ezen intézkedések megfizethetőségét és a megvalósíthatóságát. Általánosságban elmondható, hogy a beavatkozások, amelyek a magas kockázatú felnőtt populációt és egyéneket célozzák, nagyobb hatást érnek el a rövidebb időkeret alatt, mint a gyermekeket és fiatal felnőtteket célzó programok.

A mentális egészség előmozdítására és a betegségmegelőzésre vonatkozó gazdasági elemzések biztatóak. A bizonyítékok azt sugallják, hogy nagyobb a megtérülése az egy életen átívelő intézkedéseknek, a korai beavatkozásnak gyermekkorban, a társas és érzelmi tanulás, megküzdési képességek és a szülő-gyermek kötődés esetében. Gazdasági érvek támogatják a munkahelyi egészségfejlesztési beavatkozásokat, a jobb fizikai állapot elősegítése érdekében, amely a munkavállaló hasznára válik. A költség-hatékony prevenció programok a lakosság magas kockázatú csoportjait, beleértve az elszigetelt idős embereket és kismamákat is célozhatják.

A közlekedési balesetek megelőzését célzó beavatkozások, ideértve az utak kialakításnak módosítását, a városi közlekedési forgalom mérséklését, valamint kamera és trafipax telepítését végrehajtó progra-

mok, hangzatos/erőteljes bizonyítékok által kerülnek támogatásra, különösen akkor, ha magas kockázatú területeken alkalmazzák őket. A jó minőségű utak, felelősségteljes viselkedést elősegítő szabályozásának aktív végrehajtása, beleértve az ittas vezetés csökkentését célzó intézkedéseket, szintén költség-hatékonyak lehetnek. Számos gazdasági tanulmány támogatja a környezeti kémiai veszélyek elleni küzdelmet: például a Vegyi Anyagok Regisztrálásáról, Értékeléséről, Engedélyezéséről és Korlátozásáról (*REACH*) szóló 2007-es rendelet, amelynek része az ólom-alapú festék eltávolítása, széntüzelésű erőművekből származó higanyszennyezés csökkentése, valamint a járműforgalom mérséklése (pl. torlódási díj-rendszerek). Ezek az intézkedések csökkentik az egészségügyi ellátási és egyéb gyermekkori asztmával, bronchitisszel, valamint a korai légzőrendszert érintő megbetegedésekkel összefüggő költségeket.

További kulcsüzenet, hogy az adekvát megvalósítás és értékelés nélkülözhetetlen számos áttekintett intézkedés költség-hatékonysági potenciáljának realizálásához. További lépések szükségesek az egészségügyi szektoron kívül megvalósuló intézkedések elősegítésére. Ezek magukban foglalhatják a szektorok közötti önkéntes és a kötelező partnerséget is, amely a befektetések pénzügyi kockázatainak és előnyeinek megosztásával jár, a szűk ágazat-specifikus érdekek leküzdése érdekében.

Végül, létfontosságú, hogy az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés előnyeivel kapcsolatos elvárások reálisak maradjanak. Az egészségügyi kiadások csökkentése nem tekinthető a megelőzés egyetlen céljának. A gazdasági elemzést ugyanúgy kell elkészíteni, mint más egészségügyi beavatkozások esetében. Ez a kiadvány pedig azt hivatott előre jelezni, hogy a megelőzés és az egészségfejlesztés hozzájárulhat az egészség és a jólét javításához, amelynek költség-hatékonysága ugyanolyan jó vagy jobb, mint az egészségügyi ellátás számos elfogadott formája.

Hazánkban a fent bemutatott kiadványhoz hasonló szakirodalom, amely az egészségfejlesztést gazdasági szempontból közelíti meg, csupán korlátozottan áll rendelkezésre. Vokó-Kaló nagy jelentőséggel bíró megközelítése azonban némileg eltér a fent ismertetett könyv nézőpontjától. Szerintük a szakem-

berek jelentős része a prevencióban látja az egészségügy finanszírozási problémáinak egyik fő potenciális megoldási lehetőségét. Azonban a megelőzés egészség-gazdaságtana ennél jóval összetettebb. Az eredményes betegségmegelőzés hosszabb és jobb egészségben megélt életévekkel jár. A krónikus nem-fertőző megbetegedések megelőzése által a megbetegedések kialakulása és az általuk okozott halálozás időpontja későbbre tolódik. A megnövekedett élettartam miatt azonban olyan betegségek is bekövetkeznek, amelyek a korai halálozás esetén nem fordultak volna elő. Például, ha valaki 60 évesen meghal emlírákban, akkor 75 évesen nem kerülhet combcsonttöréssel kórházba. Modellezve 20 évre az egészséges életmódúak, az elhízottak és a dohányosok várható életútját, a várható élettartam és a teljes élethosszra jutó egészségügyi kiadás is az egészséges életmódúak körében volt a legnagyobb és a dohányosok esetében pedig a legkisebb. A szerzők állítása szerint, ugyanis a szakirodalomban nagyon kevés olyan, a nem-fertőző megbetegedések

megelőzésére irányuló beavatkozást találni, amely hosszú távon az egészségügyi kiadások csökkenésével járna. Paradox módon, minél eredményesebben növeli egy beavatkozás a várható élettartamot, annál jobban növeli a teljes élethosszra jutó egészségügyi kiadásokat.²

Ily módon a megelőzés gazdasági egyenlege az egészségügyi kiadásokat nézve nem feltétlenül jár az egészségügyi kiadások csökkenésével. Fontos hangsúlyozni, hogy a prevenció és egészségfejlesztési beavatkozások költséghatékonysági elemzéseiben a számba vett nyereségek és költségek körének meghatározásán túl számos - az eredményeket alapvetően befolyásoló - technikai, módszertani kérdés merül fel. Ilyen például a gazdasági elemzés választott időtávja vagy az alkalmazott diszkont-ráta¹. A mindenkori vizsgálatok eredményeinek értelmezésekor tehát különösen fontos annak módszertanát is figyelembe venni.²

HIVATKOZÁSOK

¹ David McDaid et al. (szerk.) Promoting Health, Preventing Disease - The Economic Case, World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

² Vokó Zoltán, dr. - Kaló Zoltán, dr.: Prevenció – kiadások – hatékonyság, Egészségügyi Gazdasági Szemle 50. évfolyam 1. szám, 2012. március http://www.weborvos.hu/adat/files/2012_junius/egsz_2012_1.pdf (Elérve: 2017. július 24.)

ⁱ Az egészség-gazdaságtani elemzéseknél az időpreferenciát, illetve az erőforrások használati költségét diszkontálás segítségével kell figyelembe venni. Mivel az egészségügy területén hozott döntések társadalmi hatása jelentős, nagyban hozzájárulnak a közösség jólétéhez, ezért a jövőbeli hatásuk számszerűsítésénél nem megfelelő a piaci megtérülési ráták használata. A társadalmi diszkont-ráta a társadalomnak a jelen és a jövőbeli jóléte közötti átváltás értékelését tükrözi (Dankó et al. A társadalmi diszkont-ráta meghatározása Magyarországon a Ramsey-formula alkalmazásával 2017. január http://www.healthware.hu/files/public/SDR_becslese_modszertan_2010.pdf)

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet?

I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága

How does culture affect health and well-being?

Part I: Cultural Contexts of Health and Well-being

A három részből álló cikksorozat további részei: „[II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)”, „[III. rész: Környezet, kultúra és egészség](#)”

Szerző: Vitrai József ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017.06.20.
doi: 10.24365/ef.v58i2.158

Kulcsszavak: egészségkultúra, szakpolitika

Keywords: culture of health, policy

BEVEZETŐ

2015-ben a WHO Európai Regionális Irodája neves európai szakértőket kért fel az egészség és a jóllét¹ kulturális beágyazottságával kapcsolatos tudományos tények áttekintésére, és erről szakpolitikusoknak szánt rövid jelentés összefoglalására.^{1,2} A WHO e lépését olyan előzmények váltották ki, melyek a kultúrának az egészséggel való szoros kapcsolatára hívták fel a figyelmet.^{3,4} Az újonnan felismert összefüggések érthetővé teszik, hogy a kultúra miért kapott kiemelt figyelmet a WHO globális és európai stratégiai dokumentumában is.^{5,6}

A WHO szakértői munkacsoportja által összeállított jelentés megismerése nemcsak a szakpolitikusoknak világíthat meg új összefüggéseket, hanem a

népegészségüggyel kapcsolatba kerülő valamennyi szakember számára is tanulságos, hasznos lehet. Követve a jelentés szerkezetét, három rövid írás ismerteti a munkacsoport összefoglalóját: az első a kultúra fogalmának az egészség és a jóllét szempontjából adott értelmezését mutatja be, továbbá rámutat azokra a hiányosságokra, amelyek komoly akadályt jelentenek az egészség javításában, az egészségügyenlétlenségek csökkentésében. A második cikk a kultúra és a táplálkozás, a harmadik a kultúra és a környezet kapcsolatát vizsgálja az egészség és a jóllét fejlesztése szempontjából. Mindhárom rész a döntéshozók számára megfogalmazott – az egészség és a jóllét kulturális beágyazottságának az egészségügyi szakpolitikában való figyelembe vételét előmozdító – beavatkozások ajánlásával zárul.

¹ Elfogadva Naci és Ioannidis (2015) meghatározását, a jóllét az egészség hagyományos értelmezésén túlmutató testi, lelki és szociális dimenziók mentén megélt pozitív élethézés. Beletartoznak még olyan választások, tevékenységek is, amelyek célja a vitalitás, a szellemi frissesség, a társadalmi helyzettel, a saját teljesítményünkkel való elégedettség növelése.

MI A KULTÚRA?

Sokan hajlamosak a kultúrát a komolyzenével, a szépirodalommal vagy a képzőművészettel azonosítani. Az Egyesült Nemzetek Oktatási, Tudományos és Kulturális Szervezetének (UNESCO) meghatározása szerint azonban a kultúra ennél jóval több: „... a társadalomnak, vagy egy csoportjának különböző szellemi, anyagi, intellektuális és érzelmi jellegzetessége, mely a művészet és az irodalom mellett magába foglalja az életmódot, az együttélés módját, az értékeket, a hagyományokat és a hiedelmeket.”⁷ A meghatározás kiemeli, hogy a kultúra nem egy nemzet, rassz, etnikum vagy vallás sajátossága, hiszen az említettekén túl a kultúra része a kimondott vagy kimondatlan vélekedések, elvárások összessége, melyek meghatározzák, hogyan értelmezzük a valóságot, irányítanak minket abban, mit tartunk normálisnak vagy abnormálisnak, irányt mutatnak és célokat adnak életünknek.⁸ A kultúra összetevői meghatározzák önképünket, világnézetünket, azt az értelmezési keretet, amiben döntéseinket hozzuk, ami szerint cselekszünk a családban, a közösségekben, a munkahelyen, társas környezetünkben.⁹

A kultúra tehát mindenkire hat, ugyanakkor szavaival, cselekedeteivel mindenki alakítja is azt. Emiatt egy-egy közösség, társadalmi csoport kultúrája hol gyorsabban, hol lassabban, de folyamatosan alakul, és mindig befolyásolja az egyének és közösségek önmagukról és a világról alkotott véleményét, ezen keresztül gondolkodását és viselkedését.

Fontos hangsúlyozni, hogy magát a kultúrát a kimondatlan, rejtett normák, értékek miatt nagyon nehéz leírni, megismerni. Pontosan azért, amiért a kultúra több annál, mint amit meg tudunk fogalmazni róla, nehéz megismerni a feltételezéseket, a vélt igazságokat, és megérteni, hogy egyes csoportokban elfogadott értékek hogyan térhetnek el élesen egymástól. Az eltérések felismerése egyfelől segíthet alkalmazkodni a csoportok sajátosságaihoz, másfelől viszont félreértése, vagy az értékek különbözősége konfliktusokhoz vezethet.

Szervezetek, intézmények vagy akár szakmai csoportok rendszerint saját mikrokultúrát alakítanak ki, melyek sajátos gondolkodási mintákat és cselekvési

gyakorlatot tükröznek. Ha nem próbáljuk megismerni a szervezeti kultúrákban ható, kimondott vagy kimondatlan hiedelmeket, vélekedéseket, akkor egy-egy beavatkozáskor akár az elvárttal ellenkező hatásra és viselkedésre is számíthatunk. Ilyen okokra vezethető vissza számos népegészségügyi beavatkozás sikertelensége, ezért fordulnak a szakemberek újabban a kulturális különbségek figyelembe vételére alapozott megközelítések felé.

AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT KULTURÁLIS BEÁGYAZOTSÁGÁRA VONATKOZÓ TUDÁS BŐVÍTÉSE

A hagyományos egészséghatás-vizsgálatok során többféle halálzási és megbetegedési adatot használnak a szakpolitikai döntések alátámasztására – gyakran anélkül, hogy tisztában lennének a kultúrának az egyéni és társadalmi viselkedésben betöltött szerepével. Az ily módon készült jelentések és az arra alapozott szakpolitikák ugyan körültekintően elemzett statisztikai adatokon nyugszanak, de nem ismerve a népesség szubjektív tapasztalatait és igényeit, nem tudják helyesen megítélni, mi valósítható meg valójában a szakpolitika szintjén.

Válaszul a tények, a társadalmi igények és a szakpolitika közötti diszharmóniára, a kulturálisan eltérő európai országok megegyeztek olyan indikátorrendszer kidolgozásában, ami lehetőséget nyújt adatgyűjtésre mind az objektív, mind a szubjektív egészségről. A hagyományosan gyűjtött adatok alkalmasság egy adott közösségben az elégedettség vagy a boldogság mérésére, azonban nem megfelelők a viselkedést meghatározó vélekedések és értékek jellemzésére. Anélkül hogy világosan látnánk, hogyan befolyásolja a kultúra az egészségfelmérésekben használt kérdőívek kialakítását illetve a kérdésekre adott válaszokat, az így nyert adatok pontos értelmezése különösen nehéz és csupán feltételezéseken alapuló.¹⁰

A fentiekén túl hátrányos helyzetű népesség nincs megfelelően képviselve a vizsgálatokban – nemritkán az alacsony részvételi hajlandóság miatt, aminek hátterében egyrészt az ellenségesnek vélt környezet, másrészt a mindennapi túlélés okozta aggodalom áll. A felmérésekből való kimaradás oka lehet továbbá az iskolázatlanságból vagy eltérő anyanyelv

miatti alacsony írás-olvasási vagy beszédértési készség. Ilyen helyzetekben az egészségfelmérés tovább növelheti a társadalmi egyenlőtlenségeket azáltal, hogy nem közvetíti a hátrányos helyzetű csoportok igényeit, érdekeit a döntéshozók felé. Az adatgyűjtés ilyen torzulása különösen nyilvánvaló bizonytalan társadalmi helyzetekben, amiket éhínség, klímaváltozás, nagyléptékű migráció vagy egyéb előreláthatatlan humán krízis okoz. Ilyenkor a társadalmi sérülékenységi és egyenlőtlenségi felerősödhet oly módon, hogy azt a hagyományos adatgyűjtési módszerekkel nem lehet követni. Megfelelő tudás hiányában nem lehetséges a szenvedés helyi formáinak feltérképezése, így az adatok bizonyulhatnak akár félrevezetőnek is.

Eredményes, a kihívásokra megfelelően reagáló szakpolitikához a döntéshozóknak meg kell vizsgálniuk, hogy a közösségek – kultúrájuk által meghatározottan – hogyan alkalmazkodnak a különböző komplex társadalmi problémákhoz. A kvantitatív jellegű vizsgálatok adatainak helyes értelmezéséhez, a nem tudatos torzítások kiszűréséhez, a vizsgálati eszközök érvényességének megítéléséhez csupán a kvalitatív kutatási stratégiák kínálnak megfelelő keretet. Ezért nyilvánvaló, hogy innovatív és a célhoz illő kevert (kvalitatív + kvantitatív) kutatási módszertan alkalmazása elengedhetetlen a lakosság egészségének javításához.¹¹

AJÁNLÁSOK

A kiegyensúlyozott és integrált adatgyűjtés és elemzés támogatása érdekében az alábbi nyolc szakpolitikai beavatkozást ajánlott figyelembe venni. Bár a javaslatok sorrendben állnak, az ajánlott lépések egymástól függetlenek és ismétlendők.

1. Támogassák a kultúra és az egészség közötti kapcsolat jobb megértését! Ehhez a kultúra olyan meghatározása szükséges, amely nem korlátozza azt sem etnikumra, sem rasszra, helyette hangsúlyozza, hogy a különböző szempontból (pl. életkor, lakóhely, foglalkozás) hasonló társadalmi-gazdasági helyzetben élők gondolatát, cselekvését kultúrájuk hasonlóan alakítja.

2. Alakítsanak ki megfelelő lehetőségeket és iránymutatást a döntéshozók számára felismerni saját kulturális elvárásait, és tudatosan kezelni azoknak az értékelést és döntéshozást befolyásoló hatását! Erre alkalmasak lehetnek önértékelési csoportok, diverzitás-képző programokon való részvétel, és más olyan tevékenység, amely növeli az önismeretet, és javítja a közös értékekre, gyakorlatra alapozott kommunikációt.
3. Járuljanak hozzá az egészség és a jóllét társadalmi és kulturális befolyásoló tényezőire vonatkozó tudás bővítéséhez a kevert módszerre fókuszáló társadalomtudományi kutatások támogatásával! Alkalmazzák az eltérő vélekedések vizsgálatát, a szubjektív tapasztalatok, mint értékes tények kutatására alkalmas módszerek kifejlesztését, továbbá a kvalitatív megfigyeléseknek a kvantitatív adatokba integrálását.
4. Használjanak fel szubjektív értelmezéseket, tapasztalatokat és vizsgálati adatokat az egészséget és jóllétet érintő szakpolitikákba, hogy jobban lehessen azonosítani az eltérő csoportok szükségleteit, értelmezni a kvantitatív eredményeket! Ehhez ki kell fejleszteni új sérülékenységet és ellenálló képességet felmérő stratégiát, továbbá nyitni érdemes interaktív kommunikációs csatornákat a kutatóknak, az egyéneknek és közösségeknek az egészséggel, a jólléttel, a betegségekkel valamint a gyógyítással kapcsolatos tapasztalatainak intenzívebb cseréjének elősegítéséhez.
5. Azonosítsanak olyan etikai problémákat, amelyek az egészség és az egészségügyi ellátás közötti értékülbségek miatt lépnek fel! Ehhez hozzanak létre könnyen igénybe vehető közéleti fórumokat (pl. nyílt szakpolitikai fórum, internetes szakpolitikai vita), amelyekben a döntéshozók kisebbségi véleményeket is megismerhetnek a megelőzés és ellátásban való együttműködés akadályairól. Gondoskodjanak az egészségügyi szakembereknek az eltérő kultúrájú társadalmi csoportok egészségügyi szükségleteinek felmérését, megértését és képviselését célzó képzéséről.
6. Támogassanak olyan fejlesztéseket, amelyek bővítik a tudást a kultúra egészségre és a jólétre kifejtett hatásáról, valamint biztosítják a

szolgáltatások és szakpolitikák kulturális kompetenciájának mérését! A fejlesztések eredménye lehet kulturális kompetenciamérő eszközök, továbbképzések, tudáscsere-platformok és más támogató projektek. Az ilyen kezdeményezéseket célszerű mind kvantitatív (megfelelő indikátorokkal), mind kvalitatív (pl. narratív módszertannalⁱⁱ) módszerekkel értékelni.

7. Növeljék a kapacitásokat az interszektoriális együttműködés előmozdítására a jóllétnek és a kultúrának az „egészséget minden szakpolitikába” megközelítés középpontjába állításával! Ezt a döntéshozóknak a „össztársadalmi és össz-

kormányzati” megközelítés felé tett jelentős és jól felismerhető elkötelezettséggel kell demonstrálniuk.

8. Osszák meg a sikeres gyakorlatokról szerzett információkat! Az egészség és a jóllét kultúrára alapozott megközelítése szempontjából hasznos lehet többféle szemlélet és olyan új helyzetek megismerése, melyekben sikeres tevékenységek valósultak meg. A társadalomban új stratégiával és gyakorlattal kivitelezett sikeres – megismételhető és változtatható léptékű – kísérleteket célszerű dokumentálni és terjeszteni.

HIVATKOZÁSOK

¹ Naci H, Ioannidis JPA. Evaluation of Wellness Determinants and Interventions by Citizen Scientists". JAMA. 2015;314(2):121-122. doi:10.1001/jama.2015.6160.

² Napier AD, Depledge M, Knipper M, Lovell R, Ponarin E, Sanabria E, Thomas F. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. Policy brief, No. 1. Cultural Contexts of Health and Well-being. World Health Organization 2017.

³ Davies SC, Winpenny E, Ball S, et al. For debate: a new wave in public health improvement. Lancet 2014;6736:1–7. doi:10.1016/S0140-6736(13)62341-7

⁴ Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H et al. Culture and health. Lancet 2014;384:1607–39. doi:10.1016/S0140-6736(14)61603-2.

⁵ The Sustainable Development Agenda [website]. New York: United Nations; 2017; <http://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/> (Elérve: 2017.06.15.)

⁶ Health 2020: the European policy for health and well-being [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> (Elérve: 2017.06.15.)

⁷ UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity [website]. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2001. http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. (Elérve: 2017.06.15.)

⁸ Beyond bias: exploring the cultural contexts of health and well-being measurement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/284903/Cultural-contexts-health.pdf, (Elérve: 2017.06.15.)

⁹ Járomi, É. Szilágyi K, Vitrai J. Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. Szakirodalmi áttekintés. Egészségfejlesztés, 2015;56(5-6):2-13.

¹⁰ Nussbaum MC. Who is the happy warrior? Philosophy poses questions to psychology. J Legal Stud. 2008;37(S2):S81–113. doi:10.1086/587438.

¹¹ Adams V, Burke NJ, Whitmarsh I. Slow research: thoughts for a movement in global health. Med Anthropol. 2014;33(3):179–97. doi:10.1080/01459740.2013.858335.

ⁱⁱ Történeteken kitalálásán, meghallgatásán, értelmezésén alapuló módszerek

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget?

II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség

How does culture affect health and well-being?

Part II: Nutrition, culture and health

A három részből álló cikksorozat további részei: „[I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)”, „[III. rész: Környezet, kultúra és egészség](#)”

Szerző: Nagy Barbara ✉

Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Beküldve: 2017.06.20.

doi: 10.24365/ef.v58i2.159

Kulcsszavak: egészség, kultúra, táplálkozás, redukcionizmus

Keywords: health, culture, nutrition, reductionism

TÁPLÁLKOZÁS ÉS KULTÚRA

Az étel egyfajta köteléket teremt az emberek között, pl. egy kapcsolat kezdetét gyakran egy közös étkezésre történő meghívás jelenti, esetleg újdonsült szomszédunkat egy csésze kávéra invitáljuk, vagy amikor egy potenciális partnert hívunk meg vacsorára. Ezzel szemben az étkezésre hívás háritása ellenséges gesztus; a kapcsolat visszautasítását jelezheti.

Az étkezések, az ételek a mindennapi élet szerves részeként funkcionálnak, és rituálisan jelölik az utat a szertartásos (pl. a menyasszonyi torta felvágása és elfogyasztása az esküvőkön) vagy hétköznapi (pl. közös családi vacsorák) életszakaszok mentén. Ez a nézőpont rámutat, hogyan teremtenek az ételek közös világszemléletet azok között, akik ugyanazon kultúrában élnek.

Elmondható tehát, hogy a közös étkezés minden társadalom egyik alapja, tulajdonképpen kultúra sem létezik étkezések nélkül.

Napjainkban az egyre nagyobb figyelmet kapó személyre szabott táplálkozás azonban úgy tekint az élelmiszerekre és ételekre, mint az egészségmegőrzés eszközeire. Az élelmiszerek és az egészség között egyfajta funkcionális kapcsolatot feltételez, ahol az ételek csupán másodlagos szerepet kapnak. A táplálkozás azonban ennél lényegesen nagyobb szerepet játszik az ember életében, kapcsolódik a társadalmi élethez, a kulturális értékekhez, az identitáshoz.¹

Az étel és az étkezések kultúrában betöltött szerepét semmi sem jelzi jobban, minthogy a mediterrán diéta 2014-ben felkerült az UNESCO az emberiség szellemi kulturális örökségének reprezentatív listájára. A lista (komplex módon) úgy jellemzi a diétát, mint a terményeket, a betakarítást, a halászatot, az állattenyésztést, a feldolgozást, a főzést és különösen a megosztást és az élelmiszerek elfogyasztását magába foglaló készségek, tudás és hagyományok összességét.^{2,3} A mediterrán diéta hangsúlyozza még a vendégszeretetet, a szomszédság, a kultúrák közötti párbeszéd és a kreativitás fontosságát, vala-

mint felhívja a figyelmet a sokféleség tiszteletben tartására és arra, hogy az étkezés soha nem csak a táplálkozásról szól. Az ételek beszerzésének és elkészítésének feladata, továbbá az, ahogy megosztjuk az ételt, valamint ez által közvetített üzenetek mind alapvető fontosságúak annak meghatározásában, hogy pontosan mit is értünk étel és étkezés alatt. Az étkezés hatékonyan köt minket egy hasonló ízlésű és azonos szokásokkal rendelkező közösséghez. A táplálkozás tulajdonképpen az első viselkedési forma (már a megszületéstől kezdve), amelyen keresztül az ember megtanul létrehozni és fenntartani kapcsolatot másokkal, tehát igen nagy szociális jelentőséggel bír.^{4,5,6,7,8,9,10,11,12} Az éhséggel, a jóllakottság érzésével, a mértéktelenséggel, az elégedettségel, az önbizalommal kapcsolatos értékek mind kifejezésre jutnak a másokkal történő közös étkezések során és hatással vannak az élelmiszer-választásra, az elfogyasztott ételek egészségre gyakorolt hatására. Éppen ezért, a táplálkozás-egészségügyet és a politikai döntéshozók azon törekvéseit, hogy támogassák vagy javítsák azt, a kultúra keretein belül is szükséges vizsgálni.

VÁLTOZÓ IDŐK, VÁLTOZÓ SZOKÁSOK

A migráció, az urbanizáció és a globalizáció folyamatai révén a hagyományos étkezési szokások megváltozhatnak, torzulhatnak és némely esetben akár teljesen el is tűnhetnek. Ezeket a változásokat gyakran a modern élethez történő alkalmazkodás igényei hajtják, melyek hatására a korábban nagy jelentőséggel bíró közösségi étkezések eltűnhetnek, vagy időszakos ünnepekké, lakomákká alakulhatnak. Utóbbi esetben az sem ritka, hogy a hagyományos ételek fogyasztása ezen viszonylag ritka alkalmakkor túlzottá válik.

Ahogy az emberek távolodnak a régi szokásoktól, más életmódot, életritmust vesznek fel, egyre nagyobb valószínűséggel kezdik az étkezést csupán szükségszerűségként kezelni. Ezt bizonyítja, hogy egyre gyakoribbá válik az otthonon kívüli, vagy éppen a magányosan történő étkezés, hogy az élelmiszerek tápanyagtartalmára és biológiai értékére fókuszálunk, és arra hogy mit eszünk, de azzal nem törődünk, hogy miért eszünk és milyen többletjelentése lehet egy-egy étkezésnek. Ez a táplálkozási *redukcionizmusnak* (a táplálkozással kapcsolatos ál-

lításokat egyszerű tényekre visszavezető gondolkodás) nevezett ideológia megkerüli az étel és az étkezések társadalmi jelentőségét, és helyette a tápanyagtartalmat és a táplálkozási ajánlásnak való megfelelést helyezi előtérbe. Az élelmiszerek értékének e tudományosabb irányú megítélése akár a kalóriák folyamatos számolásában, a makro- és mikrotápanyagok ajánlott napi beviteli értékének folyamatos nyomon követésében is megnyilvánulhat - nem terápiához kötötten is. Ugyan az egyes élelmiszerek tápanyag-összetételének ismerete és megértése fontos az egészséges táplálkozás szempontjából, de az ételeink ilyen jellegű tárgyiasítása nemcsak megfosztja azokat a történelmi és kulturális jelentőségüktől, de sokszor ellentmondást és zavart okoz abban a tekintetben, hogy miből is áll egy egészséges, megfelelően összeállított étrend.^{13,14,15,16,17,18,19}

A táplálkozástudománnyal foglalkozó szakemberek és a politikai döntéshozók hajlamosak lehetnek arra, hogy erre a kérdésre további tápanyagbevitelt vizsgáló kutatással és a jobb választást támogató élelmiszer-címkézési követelményekkel válaszoljanak, ám a táplálkozási szokások nem mindig követik az elvárásokat.²⁰ Egyre többen tudatában vannak ugyan a táplálkozási irányelveknek vagy éppen az élelmiszereken megjelenő információknak, azonban a mindennapokban az élelmiszerválasztást jelentősen befolyásolja az anyagi helyzet, az egyéni ízlés, az élelmiszerek elérhetősége, a családi szokások, valamint az élelmiszerbiztonsággal kapcsolatos meggyőződések.^{21,22,23} Más szóval a kizárólag biológiai és kémiai alapú egészség-üzenetek önmagukban nem képesek megváltoztatni az élelmiszer-választást, illetve csak akkor, ha az ajánlott iránymutatók követése az egyén számára nem okoz különösebb gondot, vagy már megszokottá vált. Még abban az esetben is, ha az élelmiszer címkén található információk teljes mértékben érthetőek az egyén számára, a társadalmi tényezők akkor is nagyobb hatással lehetnek az egészségre, mint a kalóriák számolgatása.

Egy adott étrend, vagy a rendszeres testmozgás egészségre gyakorolt hatását felmérő kontrollált vizsgálatok során a résztvevőkről több esetben kiderült, hogy a program befejezése után nem tartják magukat a program során alkalmazott változtatá-

sokhoz, tehát a csoport támogatásának megszűnésével csökken az elköteleződés.^{24,25,26}

Az egyéni értékrend és más kulturális tényezők, mint például az iskolázottság, valamint a jövedelem, szintén fontos szerepet játszanak az emberek egészség-üzenetekre adott rövid és hosszú távú válaszaiban. Ezért a táplálkozás kulturális oldalról való megközelítése nemcsak annak feltárásához szükséges, hogy az egyén viselkedését miként befolyásolják bizonyos tényezők, hanem megfelelő eszköz lehet az esetlegesen észlelt akadályok leküzdéséhez, elkerüléséhez, továbbá segíthet kialakítani az egészséget támogató választásokkal és az egészséges életmóddal kapcsolatos közösségi identitás érzését.

AHOL A KULTÚRA ÉS A TUDOMÁNY TALÁLKOZIK

A brazil Egészségügyi Minisztérium táplálkozási irányelvei kiváló példaként szolgálnak a kulturálisan megalapozott megközelítésre.²⁷ Az irányelvek tápanyag alapú helyett élelmiszer alapú megközelítést alkalmaznak, gondosan őrzik a lakosság körében fenntarthatóan előállított termékeket és kultúrájukba megfelelően illeszkedő élelmiszerekhez való hozzáférés jogát. Az iránymutatások arra a felismerésre épülnek, hogy az adott étrendnek egészségre gyakorolt hatása nagymértékben összefügg a társadalmi és kulturális környezettel, melyben az ételek és az étkezések olyan plusz jelentéstartalommal telnek meg, mint például a növénytermesztés gyakorlata, az ételkészítés folyamata, a közös étkezések és az ételek élvezete. A brazil modell egyértelműen támogatja azon nézetet, hogy az egészséges táplálkozás sokkal több, mint a megfelelő mennyiségű kalóriabevitel. A mediterrán étkezéshez hasonlóan a társalgás, az összetartozás és az emlékek teremtése mind fontos összetevői az igazán tápláló, kiegyensúlyozott étkezéseknek.

A tápanyagszámítás gyakorlatának elterjedése kétségtelenül hozzájárult a közvélemény tudatosságának növeléséhez és a lakossági szintű beavatkozások erősítéséhez. Azonban egy ilyen alapokon nyugvó kizárólagos megközelítés elhomályosítja azokat a tapasztalatokat, azt a hétköznapi környezetet, melyben a táplálkozásunkra vonatkozó útmutatások értelmet nyernek, alkalmazhatóvá válnak, és

melynek segítségével változtathatunk berögzült egészségtelen szokásainkon.

A táplálkozási *redukcionizmus* tehát elsősorban a személyes felelősséggel kapcsolatos értékeket hangsúlyozza - az ételeknek a társadalmi kapcsolatokban, gondoskodásban és a szokások kialakításában betöltött szerepével szemben - ezzel a közösségi kultúráról az egyéni cselekedetekre helyezve a hangsúlyt. Ez a személet napjainkra meghatározó erővé vált, amely nem csak az ételekhez fűződő viszonyunkat változtatta meg, de a politikai döntéshozatalban is jelentős szerepet tölt be.

Mindez rávilágít arra is, hogy a kulturális tényezők valójában rendkívül erős szerepét a táplálkozásfüggő krónikus nem fertőző megbetegedések kialakulásában még mindig nem veszik kellően figyelembe, és a politikai döntéshozók is csak most kezdik megérteni, miként és milyen mértékben változtathatják meg a kulturális szempontok az egészségtelen táplálkozási szokásokat.^{15,20}

A PIAC KRITIKUS SZEREPE

A feldolgozott élelmiszerek forgalomba hozatalára vonatkozó szabályok biztosítása mellett a táplálkozási redukcionizmus ideológiája kulcsszerepet játszik az élelmiszertermelésben és -fogyasztásban, valamint az árukereskedelemben is.²⁸ A redukcionista szemléletre jellemző hogy egyszerűsített, rövid információk használatával az élelmiszeripari vállalatok képesek a termékeiket rendkívül intenzíven reklámozni, olyan állításokat használva, amelyek megkapóak, ám valóságtartalmuk nem mindig ellenőrizhető.^{13,14,15} Nem csoda, hogy az ilyen reklámtévékenység mellett, a tradicionális élelmiszer-kultúrák gyorsan átalakultak, lecserélődtek vagy idejétmúlttá váltak az emberek szemében.^{29,30} Az egyre gyorsabban fejlődő iparosodás drámaian megváltoztatta az étkezés kulturális megközelítését: az élelmiszerek napjainkra nem képviselnek közös értéket, a családi étkezéseket pedig egyre inkább helyettesítik az előrecsomagolt, fogyasztásra (és túlfogyasztásra) szánt élelmiszerek, melyek szinte bárhol és bármikor beszerezhetőek. Ezzel szemben a WHO tanulmánya szerint a friss, vagy minimálisan feldolgozott élelmiszerek gyakran nehezebben elérhe-

tőek és drágábbak, nem beszélve arról, hogy a feldolgozásukhoz, elkészítésükhöz szükséges készségek is eltűnőben vannak.

Az iparosodásnak, valamint a modernizáció és urbanizáció hatására változó fogyasztói szokásoknak nagy hatása volt a gazdálkodási kultúrára világszerte, arra kényszerítve a termelőket, hogy az ökológiailag megfelelő és hagyományos természeti módok helyett szálljanak be a globális gazdasági versenybe.³¹ Az ilyen gyors változás mind a biológiai, mind a kulináris sokféleséget fenyegeti: ahol korábban a helyi gazdák egyszerre több száz, akár több ezer különböző terményt szolgáltatottak a helyi és regionális közösségek számára, most az ipari gazdaságok csak néhány magas hozamú, azonnali exportra szánt növényt termesztnek.

Az ilyen mély változások megkövetelik a politikai döntéshozóktól, hogy kritikusan szemléljék az egész világon egyre jobban reklámozott iparosodott élelmiszer-kultúrákat, és azt hogy mi tekinthető bizonyítottan az egészség megőrzését támogató élelmiszerek.³²

AJÁNLÁSOK

A táplálkozás-egészségügyi programokkal foglalkozó szakemberek számára az alábbi szakpolitikai lehetőségeket ajánlott figyelembe venni az Egészségügyi Világszervezet szerint.

1. Támogassák a kultúra táplálkozásban betöltött szerepét alátámasztó további kutatások lebonyolítását!
2. Segítsék annak felismerését, hogy az élelmiszerek kiválasztásának, előkészítésének és a közös étkezéseknek a kulturális háttere erősítheti a lakosság egészségét és jólétét, és ezeket a társadalmi tényezőket a politika szintjén is szükséges támogatni!

3. Vonják be a helyi közösségeket az olyan helyes élelmiszer-választást előmozdító stratégiák kialakításába, amelyek kulturális gyakorlatokra épülnek és segítik az egészség és a jólét kiterjesztését!
4. Biztosítsák, hogy az egészséges táplálkozással kapcsolatos üzenetek igazodjanak ahhoz a környezethez, melyben az emberek értelmezik őket, és amelyben elvárjuk, hogy pozitív irányban változtassanak viselkedésükön!
5. A különböző perspektívák (pl. történelmi, társadalmi, etikai) figyelembevételével működjenek együtt az élelmiszeriparral!

A JÖVŐ KÉRDÉSE

Az étel és étkezés létfontosságú mind az emberi szervezet számára, mind pedig a társadalmi kapcsolatok építéséhez és fenntartásához. Mivel az élelmiszerek, ételek és a táplálkozás biológiai és kulturális dimenziói elválaszthatatlanok, a személyre szabott táplálkozás esetében is a multidiszciplináris megközelítés szükséges. Az irányelveinek kidolgozásakor szintén figyelembe kell venni az ételek szerepét a mindennapi élet rendszerében - a társadalmi kapcsolatokban, a személyes identitásban.

Az ételek mind tudományos, mind biológiai és kulturális szempontú megközelítése indokolt, de a mögöttük álló érvelés különböző. Ígéretes tudományos megközelítésként a személyre szabott táplálkozás sikeressége a jövőben valószínűleg attól függ, hogy képes-e integrálni a tudományos megközelítést az ételek mindennapi kulturális, érzelmi, érzéki és etikai értelmével.¹

HIVATKOZÁSOK

¹ Nordström, K., Coff, C., Jönsson, H., Nordenfelt, L., & Görman, U. (2013). Food and health: individual, cultural, or scientific matters? *Genes & nutrition*, 8(4), 357-363. Paris: UNESCO; 2014

² Mediterranean diet [website]. Paris: UNESCO; 2014 (<http://www.unesco.org/culture/ich/en/RL/mediterranean-diet-00884>, Elérve: 2017. 06. 13)

³ Cultural Contexts of Health and Well-being. Policy brief, No. 1, Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2017

⁴ Coleman L, editor. Food: ethnographic encounters. London: Bloomsbury Academic; 2011.

- ⁵ Goody J. *Cooking, cuisine and class. A study in comparative sociology*. Cambridge: University of Cambridge Press; 1982.
- ⁶ Kraemer FB, Gracia Arnaiz M. Feed or nourish in a “popular restaurant” in Spain: reflections on commensality. *Demetra* 2015;10(3):455–66. doi:10.12957/demetra.2015.16173.
- ⁷ Mintz S. Food and its relationship to concepts of power. In: McMichael P (editor). *Food and agrarian orders in the worldeconomy*. London: Praeger; 1995 (3–13).
- ⁸ Fischler C. *L’homnivore*. Paris: Odile Jacob; 1990 (in French).
- ⁹ Ritter M, Frisbe D. Sociology of the meal. In: Simmel on culture: selected writings. London: Sage Publications; 2000:130–6.
- ¹⁰ DeVault ML. *Feeding the family. The social organization of caring as gendered work*. Chicago: University of Chicago Press; 1991.
- ¹¹ Murcott A. “It’s a pleasure to cook for him”: food, mealtimes and gender in some South Wales households. In: Garmanikow E, Morgan D, Purvis J, Taylorson D, editors. *The public and the private*. London: Heinemann Educational Books; 1983 (78–90).
- ¹² Fischler C. Commensality, society and culture. *Social Science Information* 2011;50(3–4):528–48. doi:10.1177/0539018411413963.
- ¹³ Scrinis G. On the ideology of nutritionism. *Gastronomica* 2008;8(1):39–48. doi:10.1525/gfc.2008.8.1.39.
- ¹⁴ Scrinis G. *Nutritionism: the science and politics of dietary advice*. New York: Columbia University Press; 2013.
- ¹⁵ Scrinis G. Reformulation, fortification and functionalization: Big Food corporations’ nutritional engineering and marketing strategies. *The Journal of Peasant Studies* 2015;43(1):17–37. doi:10.1080/03066150.2015.1101455.
- ¹⁶ Yates-Doerr E. The opacity of reduction, nutritional blackboxing and the meanings of nourishment. *Food, Culture and Society* 2012;15(2):293–313. doi:10.2752/175174412x13233545145381.
- ¹⁷ Sanabria E. Circulating ignorance: complexity and agnogenesis in the obesity “epidemic”. *Cultural Anthropology* 2016;31(1):131–58. doi:10.14506/ca31.1.07.
- ¹⁸ Bouman LI, te Molder H, Koelen MM, van Woerkum CMJ. I eat healthfully but I am not a freak. Consumers’ everyday life perspective on healthy eating. *Appetite* 2009;53(3):390–8. doi:10.1016/j.appet.2009.08.005.
- ¹⁹ Crawford RA. A cultural account of “health”: control, release, and the social body. In: McKinlay JB, editor. *Issues in the political economy of health care*. New York: Tavistock Publications; 1984.
- ²⁰ Sanabria E, Yates-Doerr E. Alimentary uncertainties: from contested evidence to policy. *Biosocieties* 2015;10(2):117–24. doi:10.1057/biosoc.2015.17.
- ²¹ Fischer E, Benson P. *Broccoli and Desire*. Palo Alto: Stanford University Press; 2006. 30.
- ²² Margetts B, Martinez J, Saba A, Holm L, Kearney M, Moles A. Definitions of “healthy” eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *Eur J Clin Nutr*. 1997;51:23–9.
- ²³ Holm L. Mad og sundhed i hverdagen [Food and health in everyday life]. In: Holm L, Kristensen ST, editors. *Mad, mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver [Food, people and meals – perspectives from social sciences]*. Copenhagen: Munksgaard; 2012:301–16
- ²⁴ Holm L. Cultural and social acceptability of a healthy diet. *Eur J Clinl Nutr*. 1993;47(8):592–9.
- ²⁵ Micheelsen A, Havn L, Poulsen SK, Larsen TM, Holm L. The acceptability of the New Nordic Diet by participants in a controlled six-month dietary intervention. *Food Quality and Preference* 2014;36:20–6. doi:10.1016/j.foodqual.2014.02.003.
- ²⁶ Nielsen A, Korzen S, Holm L. Inverting the food pyramid? Social and cultural acceptability of Walter Willett’s dietary recommendations among people with weight concerns. *Appetite* 2008;51(1):178–86. doi:10.1016/j.appet.2008.02.011.
- ²⁷ Dietary guidelines for the Brazilian population. Brasília: Ministry of Health of Brazil; 2015 (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dietary_guidelines_brazilian_population.pdf (Elérve: 2017.06.13))
- ²⁸ Stuckler D, Nestle M. Big Food, food systems, and global health. *PLOS Med*. 2012;9(6):e1001242. doi:10.1371/journal.pmed.1001242.
- ²⁹ Patel RC. Food sovereignty: power, gender, and the right to food. *PLOS Med*. 2012;9(6):e1001223. doi:10.1371/journal.pmed.1001223.
- ³⁰ Monteiro CA, Cannon G. The impact of transnational “Big Food” companies on the south: a view from Brazil. *PLOS Med*. 2012;9(7):e1001252. doi:10.1371/journal.pmed.1001252.
- ³¹ Pratt J. *The rationality of rural life: economic and cultural change in Tuscany*. Chur: Harwood Academic Publishers; 1994.
- ³² Yates-Doerr E. *The weight of obesity: hunger and global health in postwar Guatemala*. Berkeley: University of California Press; 2015.

Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet?

III. rész: Környezet, kultúra és egészség

How does culture affect health and well-being?

Part III: Environment, culture and health

A három részből álló cikksorozat további részei: „[I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)”, „[II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)”

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017.06.22.
doi: 10.24365/ef.v58i2.160

Kulcsszavak: környezet, egészség, kultúra, jóllét

Keywords: environment, health, culture, well-being

KULTURÁLIS KONCEPCIÓK A KÖRNYEZETRŐL

A fizikai környezet bizonyos tényezői, mint a levegő, a víz, a napsugárzás, a talaj közvetlenül befolyásolják az egészséget. A természetről, ezen belül az ember természetben betöltött szerepéről kialakított elképzelések társadalmilag és kulturálisan nagymértékben meghatározottak. Egy folyó egyrészről kellemes környezetet biztosíthat egy beszélgetéshez, vagy testedzéshez, mások imádkozásra vagy elmélkedésre alkalmas szent helyként tekinthetnek rá, lehet technikai fejlesztés színtere, személyes emléket idéző hely, csoport vagy egyéni identitás, kulturális örökség megtestesítője, egyeseknek csak alkalmas szeméttlerakó, míg másoknak természetes szépség, amit meg kell őrizni az emberi tevékenységtől vagy egyszerűen csak táplálék beszerzésének a színtere.

Kontextustól függően a környezetről való beszédben kölcsönözhetünk metaforákat a közgazdaságtanból (természeti tőke), a várostervezéstől (zöld

területek), a biológiától (ökoszisztéma), vagy a mitológiából (Föld Anya).

Egyéb kapcsolatainkhoz hasonlóan az ember és a környezete közötti viszony is képlékeny, olyan tényezők által befolyásolt, mint az oktatás, a gazdaság, az urbanizáció, az iparosítás, a migráció, a társadalmi egyenlőtlenségek, az erőforrások kimerülése.

Annak a megértése, hogy a környezetről alkotott kulturális elméletek hogyan kapcsolódnak az egészséghez és a jólléthez, soha nem volt fontosabb. Míg a globális narratívák a környezetvédelemről elsősorban a fenntartható fejlődésre és az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodásra összpontosítanak, számos kultúrában megfigyelhetőek különböző modellek, amelyek az ember és környezetének egymásra utaltságát hangsúlyozzák. A legtöbb természeti nép közvetlen ok-okozati összefüggést lát a jóllét és a Föld állapota között. A gyógyítás folyamata esetükben közvetlenül a természethez való fordulást jelenti fizikai és spirituális segítségért, egyfajta morá-

lis szerződést az ember és környezete között, amelyek mélyek és hosszú ideig tartók.

Annak ellenére, hogy manapság az úgynevezett kulturális ökoszisztéma szolgáltatások már elismerésre kerültek a Millenniumi Ökoszisztéma Becslés által definiálva, mely szerint a társadalmi jóllét pillérei a természet biztosította bázison nyugszanak, ezek a kulturálisan megalapozott stratégiák az egészség és a természeti környezet kapcsolatának elősegítésére, még feltáratlannak számítanak.^{1,2}

A KÖZÖSSÉGEK TÁMOGATÁSA ZÖLD ÉS KÉK TERÜLETEKHEZ VALÓ HOZZÁFÉRÉSBEN

Az egészség és a környezet közti összefüggések kulturális megjelenítése az emberiség történelmének legkorábbi időszakáig visszavezethető. A Paradicsomról alkotott elképzelések számos esetben összekapcsolódnak a kert képzetével, és a gyógyítás tiszteletére emelt templomokat gyakran tengerre néző hegytetőkön helyezték el. Manapság számos bizonyítékon alapuló kutatás támasztja alá, hogy a természetben eltöltött idő kedvezően befolyásolja az emberek egészségét. Azok az emberek, akik kevés időt töltenek természetes környezetben, kimutathatóan nagyobb eséllyel szenvednek mentális megbetegedésben. A szabad levegőn eltöltött idő hiánya összefüggést mutat az alacsony szintű fizikai aktivitással, az egészségtelen táplálkozással és a nem fertőző megbetegedések éles emelkedésével. Ennek megfelelően számos döntéshozó kiemeli a zöld területek (városi parkok, erdők, egyéb természetes területek) az ún. kék területek (vízpartok, vízi utak) és az egészség közti kapcsolatot. A kék és a zöld területek egészségben és jóllétben betöltött fontossága kifejezésre került a WHO Egészséges Városok Hálózatának kialakításában, az Európai Táj Egyezmény elfogadásában, amelyet Magyarországon a 2007. évi CXI. törvény hirdetett ki, az Natura2000 hálózat Európai Unió által történt létrehozásában, illetve számos, a városi egészségre törekvő interszektoriális programban. Ez a trend befolyásolta az egészségügyi ellátást. Több kórházat, mentális egészséggel foglalkozó intézményt, valamint idősek számára épült ellátó otthon alakítottak ki úgy, hogy a friss levegő és a napfény terápiás céllal kiemelésre került, hangsúlyt helyeztek a fák kö-

zelségére és a szép kilátás kialakítására.

A természetes táj, mint a társadalmi és kulturális örökség megtestesülése szintén a folyamatosság érzetét adja, részét képezi az egészséges identitás kialakulásának, hozzájárul az egészség, mint identitásképző hangsúlyozásához, amelynek protektív (védő) szerepe lehet az egészségre és a jóllétre. Az Északkelet-Angliában egykori nehézipari, deprivált (súlyosan hátrányos helyzetű) tengerparti területeken lezajlott egészséggyenlőtlenségeket vizsgáló kutatások azt sugallják, hogy az erős kulturális-történeti kapcsolatok a közösség tagjai és a környezetük között részben magyarázzák a vártnál jobb egészségeredményeket.³

Ráadásul a zöld és kék területek olyan közösségi tereket biztosíthatnak, amelyek támogatják új kapcsolatok kialakítását. Néhány kutatás úgy érvel, hogy az erős érzelmi kötődés kialakulása fontos szerepet játszhat a migránsok integrációjában a városias területeken.

Nem meglepő, hogy a megszokott környezet elvesztése vagy gyors átalakítása vagy átalakulása közvetlenül hathat a jóllétre és az elégedettségre. Egy kutatás úgy találta, hogy a közösségek nemcsak azért tiltakoznak az új technológiák ellen, mert félnek például a szennyezés azonnali hatásaitól, hanem mert tartanak a környezet megváltozásától vagy károsodásától.⁴

Ugyanez igaz olyan közösségekre, amelyek folyamatos zajterhelésnek vannak kitéve és a természetes állatvilág súlyos károsodása fenyeget, pl. a szélparkok miatt. Az a döntés, hogy a veszélyesebb nukleáris erőműveket nagy kiterjedésű szélparkokkal helyettesítsék, szintén káros lehet az ott élő közösségek számára, hiszen a lakókörnyezetükben radikális változásokat okozhat a szélerőmű telepítése. A dicséretes erőfeszítések, az energiaforrások környezetbarát formáinak népszerűsítése elhibázottá válhat, ha a helyi kulturális értékeket nem veszik figyelembe.

A természetes környezet védelme vagy zöld és kék területek kialakítása önmagában nem elég. Fenn kell tartani a kulturális érzékenységet, amely törekszik a hozzáférés növelésére, a közbiztonság, az új táplálkozási és testedzési szokások kialakítására. Változatos, innovatív kezdeményezések szükségesek, amelyek támogatják a kapcsolatok kultúráját, és az elkötelezettség új modelljeit kínálják, amelyek

megvalósíthatók és megismételhetők. Ezek együtt támogathatják az egészségbarát tervezést és döntéshozatalt.

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG ÉS A HOZZÁFÉRÉS BIZTOSÍTÁSA

Az egészségbarát természetes területek nem egyenlő módon hozzáférhetők mindenki számára. A 19. században a döntéshozók felismerték a természetes környezet kulturális és egészségben betöltött kiemelkedő jelentőségét. Ez számos közpark és természetvédelmi terület létrehozásához vezetett Európában és az Egyesült Államokban.⁵ Emellett azonban a kulturális előítéletek miatt egyes őslakos közösségeket, gondoljunk csak az észak-amerikai indiánokra, kiszakítottak természetes környezetükből, mert az életmódjukat és a környezettel való kapcsolatukat helytelennek, elavultnak ítélték. Míg a kiváltságos társadalmi csoportok számára lehetővé tették ezen területek művelés alá vonását, a bennszülötteket kitiltották onnan, ahol a közösségeik számára évezredek óta biztosított volt a rájuk jellemző életmód gyakorlása.

Ma a WHO Európai régiójában, a vízparti területek széleskörűen elismert egészségre gyakorolt kedvező hatása ellenére, az adott ország kulturális szokásai miatt számos vízparton élő közösség kirekesztve érzi magát vagy képtelen kihasználni az egészségbarát kék területeket. Ez származhat a megfelelő rekreációra fordítható szabadidő hiányából, vagy abból az érzésből, hogy ezek a területek csak a turisták kényelmét szolgálják. Egy Glasgowban folytatott kutatás szerint a deprivált népesség úgy érzékelte, hogy a lakókörnyezetükben lévő parkosított területeket nem vehetik igénybe.

Hasonló jelenség volt megfigyelhető Koppenhágában. 2014-ben Koppenhága lett Európa Zöld Fővárosa. Az ott élők 96%-a él 15 percnyi sétán belül valamilyen parkhoz vagy zöld területhez. Itt található a világ legjobban kiépített kerékpárút hálózata. Ráadásul Dániában a legmagasabb a magukat boldognak vallók aránya, komoly kormányzati támogatást kap a fizikailag aktív életmód és viszonylag alacsony szinten vannak a városban az életmóddal összefüggő megbetegedések. Koppenhága sikerei az egészség és környezetpolitika terén összekapcsol-

ódnak azzal a kultúrával, amelyben az egészséges és fenntartható életmód nagyra értékelt. Azonban egy friss antropológiai kutatás szerint ezek a normák és értékek nem univerzálisak a város lakói között. Az alacsony jövedelemmel rendelkező közösségekben a nők bizonyos egészségbarát tevékenységeket úgy értékelnek, hogy az a maguk számára nehezen elérhető, keveset kamatoztathatnak a sokak által ünnepeelt városi zöld területekből. A lecke egyértelmű: a döntéshozóknak törekedni kell társadalmi kirekesztettség aktív csökkentésére, hisz a társadalmi példából is látszik, az egyenlőtlenségek tartósan fennmaradhatnak még az egyenlőségre törekvő társadalmakban is.⁶ Az egészségbarát tényezőket gyengíteti vagy károsíthatja az emberi tevékenység még a könnyen hozzáférhető természetes vagy zöld és kék területek esetén is. A szennyezett levegő, víz és talaj, a sugárzás magas szintje, az egyre gyakoribb szélsőséges időjárás, az éghajlatváltozás számos közösség számára napi realitást jelent.

A döntéshozóknak sokszínű közösségek számára kell megoldási javaslatokkal rendelkezniük, különösen a marginalizáltak számára, annak a jobb megértése érdekében, hogy a környezet kulturális normák és értékek által meghatározott felfogása hogyan befolyásolja a magatartást pozitív és negatív irányban egyaránt. Különböző módszereket alkalmazó kutatások szükségesek annak az azonosításához, hogy miért történik meg, hogy az egészséghez és a fenntarthatósághoz kapcsolódó szakpolitikák sikertelenek bizonyos társadalmi csoportok esetében, és hogyan lehetséges adaptív és integratív megoldásokat kidolgozni.

AJÁNLÁSOK

1. Vizsgálják meg, hogy a kulturális tényezők hogyan befolyásolják az észlelést és a környezeti szempontok figyelembe vételét, valamint azt, hogy az erős kulturális kapcsolatok az emberek és az általuk értékesnek tekintett területek között hogyan javítják az egészséget és a jóllétet.
2. Dolgozzanak ki olyan módszertant, amely lehetővé teszi a kulturális értékek integrációját az egészséghez és környezethez kapcsolódó döntéshozatalban.

3. Azonosítsanak és használjanak olyan kulturális gyakorlatokat, amelyek segítik a zöld és kék területek pozitív szerepének elismerését.
4. Csökkentsék az egyenlőtlenségeket, amelyek akadályoznak bizonyos közösségeket a zöld és a kék területekhez és azok pozitív hatásaihoz való hozzáférésben.

HIVATKOZÁSOK

¹ Az ökoszisztéma szolgáltatásokra számos definíció létezik. Egyes szerzők az ökoszisztémák azon részeit, állapotait, folyamatait nevezik ökoszisztéma szolgáltatásnak, amelyek az élet fenntartásához szükségesek, mások azokat a hasznokat tartják ökoszisztéma szolgáltatásnak, amelyeket az emberek az ökoszisztémákból nyernek.

² A Millenniumi Ökoszisztéma Becslésről bővebben: http://ec.europa.eu/environment/pubs/pdf/factsheets/Eco-systems%20goods%20and%20Services/Ecosystem_HU.pdf. (Elérve: 2017. június 19.)

³ Cairns-Nagi JM, Bambra C. Defying the odds: a mixed-methods study of health resilience in deprived areas of England. *Soc Sci Med.* 2013;91(0):229–37. doi:10.1016/j.socscimed.2013.03.014.

⁴ Kovats S, Depledge MH, Haines A, Fleming L, Wilkinson P, Shonkoff SB, Scovronick N. The health implications of fracking. *Lancet* 2014;383(9919):757–8. doi:10.1016/S0140-6736(13)62158-3.

⁵ Csizmadia, Péter. Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra. *Egészségfejlesztés. Évf. 57, Szám 2 (2016).* 85-88.

⁶ Thomas F. The role of natural environments within women’s everyday health and wellbeing in Copenhagen, Denmark. *Health Place* 2015;35:187–95. doi:10.1016/j.healthplace.2014.11.005.

Beszámoló a XI. Biometriai Konferencia Modellek népegészségügyi vizsgálatokban szekciójáról

Report of the section of *Models in public health researches* from the XI. Biometry Conference

Szerző: Varsányi Péter✉
Egészségfejlesztés folyóirat

Beküldve: 2017.06.15.
doi: 10.24365/ef.v58i2.157

Kulcsszavak: Biometriai konferencia, Klinikai Biostatistikai Társaság, népegészségügy

Keywords: Biometry Conference, Clinical Biostatistical Association, public health

2017. június 9-én, immár tizenegyedik alkalommal rendezték meg a Biometriai Konferenciát Budapesten. A rendezvény szervezői idén először, a népegészségügy területét érintő módszertani kérdésekkel kapcsolatos előadásoknak külön szekciót szenteltek. Az előadásokat igen nagy érdeklődés övezte, amelyet jól mutatott az utánuk kialakult szakmai vita, ahol a résztvevők a népegészségügyi és statisztikai megközelítések közötti különbségeket próbálták egymáshoz közelíteni.

A szekciót Vitrai József előadása nyitotta, amely a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentő-

1. ábra: Vitrai József előadása



ségű akut miokardiális infarktus (AMI) ellátási egyenlőtlenségeinek járási vizsgálatára fókuszált, hangsúlyozottan a területi egyenlőtlenségek értelmezésén keresztül. (1. melléklet)

A második előadásban Varsányi Péter mutatott be egy, az iskoláskorúak határos viselkedésváltoztatását támogató, a hagyományos epidemiológiai vizsgálatokat rendszertudományi módszerekkel ötvöző kutatás eredményeit. (2. melléklet)

A következő prezentációban Bakacs Márta a 6-8 évesek tápláltsági állapotának és az egyes környezeti tényezőknek (pl. lakóhely, iskolai végzettség) az összefüggéseit vizsgáló nemzetközi kutatás magyarországi eredményeit ismertette. (3. melléklet)

Végezetül a szekciót Ferenci Tamás előadása zárta, amelyben a betegségek előfordulása időbeli változásának paraméteres és nem paraméteres regressziós modellezési lehetőségeit tekintette át, kiemelve a két módszer erősségeit és gyengeségeit. (4. melléklet)

A XI. Biometriai Konferencia teljes programja és az előadások absztraktjai [itt](#) érhetők el.

Magyarország 2025-ben és kitekintés 2050-re

Hungary in 2025 and forecast to 2050

Szerző: Schmidt Péter^a✉, Veszprémi Károlyné^b

a: Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő, Győr b: Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Orvosi Könyvtár, Győr

Beküldve: 2017.06.02.

doi: 10.24365/ef.v58i2.154

Kulcsszavak: könyvismertetés; fiatalok; jövő társadalma; demográfia

Keywords: book review; youth; future society; demography

Magyarország 2025-ben és kitekintés 2050-re címmel tanulmánykötet jelent meg Nováky Erzsébet professzor asszony tiszteletére.

Az Arisztotelész Kiadó 2016-ban megjelent kötetében 22 írás olvasható 33 szerzőtől, akik a kiemelkedő kutató és oktató pályatársai, tanítványai, barátai és tisztelői. A Tóth Attiláné és S. Gubik Andrea által szerkesztett és összeállított 299 oldal terjedelmű kötetet nyomdatechnikai és komoly tartalmi igényesség jellemzi. A közölt tanulmányok szakértői vizsgálatokra, valamint fiatalok körében végzett empirikus felmérésekre alapozottan vetítik előre Magyarország 2025-ben várható társadalmi, gazdasági, technológiai, környezeti helyzetét, egyúttal előrejelzést adnak a 2050-es évekre.

A kötet tanulmányai szerves folytatása a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával 2007-2010 között végzett Magyarország 2025 című kutatásnak.

Nováky Erzsébet a Budapesti Corvinus Egyetem Professor Emeritája. A 70. születésnapjára megjelent kötet a professzor asszony 1970 óta tartó jövőkutatói munkássága és személye előtt tiszteleg.

A jeles jövőkutató fő vizsgálati területe a komplex társadalmi-gazdasági előrejelzés és a Magyarország 2025-ben kutatási témakör. Az előszóban Tóth Attiláné méltatja és beszámol a professzor asszony

felfelé ívelő tudományos pályájának főbb állomásairól, az általa betöltött társasági-szervezeti tisztségeiről, munkája elismerésül kapott kitüntetéseiről és díjairól, valamint és nem utolsó sorban, megnyerő személyiségéről.

A kötet három részre tagolva, három sokat mondó főcím köré csoportosítva tartalmazza a tanulmányokat.^{1,2,3,4,5,6}

„Az ember a jövő társadalmában” főcímmel szereplő első részben tizenegy tanulmány olvasható:

Kiss Éva professzor „Területi különbségek a hazai népesség egészségi állapotában és a jövőbeni kilátások” című tanulmánya a területi különbségekkel, az egészségi állapotban megjelenő eltérések okaiival, az egészségbeli állapotot befolyásoló fontosabb tényezők területi sajátosságaival foglalkozik.⁷ Térbeli szempontból is vizsgálja az egészségügyi kilátásokat. 15 térképes ábrával teszi még szemléletesebbé az általa leírtakat.

Schmidt Péter gyermekgyógyász főorvos, professzor tanulmánya – „A népesség számának és egészségi állapotának várható alakulása”⁸ – elemzi és egyúttal színes diagramok felhasználásával teszi szemléletessé a fő hazai demográfiai mutatókat.

Górcső alá kerül a magyar körte alakú korfa, párhuzamba állítva a 2014-es adatokat a 2050-re előrevelt képpel. Ezen túl az elemzésben többek között a magyarországi élve születési, mortalitási és morbiditási adatok is szerepelnek. A szerző az izgalmas - „Mi lesz velünk 2050-ben?” - kérdést is felteszi, melyre optimista, realista és egy pesszimista változatban is megadja a választ, majd végső konklúzióként kiemeli az egészségnevelés egyénre és társadalomra kivetített fontosságát az egészség-megőrzés komplex feladataként.

Besenyei Lajos munkája „A munkaerőpiac generációs struktúrájának alakulása a XXI. század első felében” bevezetesként a ma élő generációkat klasszifikálja és jellemzi az informatikai vívmányokhoz történő viszonyulásuk alapján, majd szembesülhetünk a Z generációt, azaz az informatikai és virtuális világba beleszületetteket érintő tanulási és oktatási problémákkal, ellentmondásokkal, dilemmákkal. Besenyei tanulmánya végén a Z generáció és a munkaerőpiac közötti viszonyt, kettejük kölcsönös egymásra hatását elemzi.

Bernschütz Mária, Dörnyei Krisztina és Nováky Erzsébet „A Z-generáció a jövőről – empirikus vizsgálat eredményei” című tanulmányukban 2015-ös kutatásuk eredményeit elemzik. A közel ezeröttszáz választadói minta alapján végzett felmérés képet ad arról, hogyan gondolkodnak a 2000 körül született generáció tagjai a jövőről, hogyan látják benne magukat, mit gondolnak a 2025-ös évek Magyarországról. Színes grafikonok sora teszi könnyebbé az eligazodást a vizsgálat adatai között.

S Gubik Andrea a Miskolci Egyetemi docenseként a magyar egyetemi hallgatók karrierterveit és ezek kihatását vizsgálja vállalkozói hajlandóságukra. („Magyar egyetemi hallgatók karrierterveinek alakulása és kihatásuk a jövőbeli vállalkozói hajlandóságra”) Elemezve az adatokat összefoglalásként elmondható, hogy jelenleg a felsőoktatásban tanuló fiatalok elsősorban alkalmazotti létben képzelik el jövőjüket, a vállalkozói lét alig jelent számukra vonzerőt. A szerző tanulmányában kitér arra, hogy mely társadalmi, attitűdbeli és gazdasági változások vezettek el ide, illetve megerősíti annak szükségességét, hogy a vállalkozás működtetéséhez szükséges tudást iskolai keretek között kell biztosítani a Z és Y generáció tagjainak.

Vass Zoltán a Magyar Diáksport Szövetség szenior szakértője a fiatalok testi-lelki állapotával kapcsolatosan a 2007-től napjainkig jellemző tendenciákat, az ezzel kapcsolatos félelmeit és reményeit, valamint a szükséges teendőket vázolja fel „Mit tehetünk és mit érhetünk el a fiatalok fizikai-lelki állapotának javítása érdekében?” - című elgondolkodtató munkájában, kiemelve a rendszeres fizikai aktivitás és ezzel összefüggésben az egészségtudatos életvezetés fontosságát.

Hullám István és Kappéter István közös munkája „Az időskorúak, a lelki betegek és a deviánsok helyzete és ellátása 2025-ben és 2050-ben” áttekintést ad arról, hogy 2015-16-ban mit látunk másként egy korábban - 2010-ben - megjelent tanulmányban megfogalmazott várakozásokhoz képest.⁹ Vizsgálatuk többek között kiterjed a demensek, időskorúak, mentális problémákkal küzdők társadalmi elfogadásában történt változásokra, a globalizáció, a napjainkban zajló népvándorlás hatásaira, illetve a pszichiátriai ellátás lehetséges átalakulására.

Szilágyi Gyula szociológus „Féldőben (és még tovább)” címmel a magyarországi társadalom egy-egy csoportjának jövőjét vetíti előre. Írásában foglalkozik a nemzetiségiekkel, romákkal, a zsidósággal, a szexuális mássággal és végül a hajléktalanság kérdésével.

Benedek András professzor az oktatás és tanulás területén jelentkező ellentmondásokkal foglalkozik az „Új tanulási és tanítási módok a XXI. század első felében” című írásában. Megállapítja, hogy bár az információs és kommunikációs technikai eszközök száma és minősége robbanásszerűen emelkedik, ezt a gyors fejlődést a hazai oktatási rendszer egyelőre még nem tudja követni és átmenelni az oktatás tartalmi és módszertani fejlesztésébe.

Koncz Gábor egyetemi magántanár „A népesség kulturális színvonalának változása 2025-ig” című munkája a bennünket érő kulturális, társadalmi, környezeti és egyéb hatásokat, változásokat veszi számba a rendszerváltástól napjainkig.

Diczig István ügyvéd a hazai bűnügyi előrejelzésről ír, kiemelve a terrorizmust, a korrupciót, a környezetvédelmi vonatkozásokat, megemlítve még a pénzügyi szektorbeli, informatikai bűncselekménye-

ket, valamint az elégtelen pszichiátriai ellátás kriminálisztikai veszélyeit.

A tanulmánykötet második részének címe: „Globalizáció, nemzetközi erőviszonyok, gazdaság”.

Kiss Endre professzor a jövőre nézve legnagyobb kihívásként a globalizációból, az információtechnika gyors fejlődéséből, a migrációs helyzetből és ezek kölcsönhatásaiból fakadó változásokat jelöli meg „A globalizáció kiváltotta félelmek és remények” című írásában.

Antalóczy Katalin, Gáspár Tamás, Majoros Pál, Moldicz Csaba, Novák Tamás, Pólyi Csaba és Szanyi Miklós írásának címe magáért beszél: „A nemzetközi erőviszonyokban várható változások”. Elemzik a demográfia és migráció, a multinacionális vállalatok, a pénzügyi rendszer, a nemzetközi kereskedelem, a nyersanyag és élelmiszerpiac változásait. Emellett a globális átrendeződés és az ebből fakadó változások az államok mozgásterében, valamint az Európai Unió is vizsgálatuk tárgya. Írásuk megállapításait ábrákkal is szemléltetik.

Bartha Zoltán és Tóth Szita Klára széles spektrumra kiterjedő, magyar viszonyokra vonatkozó előrejelzéseiket és következtetéseiket foglalják össze „A Visegrádi Négyek SOFI mutatóiból levonható következtetések hazánk 2025-beli állapotára” című tanulmányukban. A szerzők a *SOFI (State of the Future Index – Jövőállapot index)* mutatóiból levonható következtetéseket osztják meg az olvasókkal. Egyúttal bemutatják a SOFI módszertanát, felépítését, meghatározzák a jövőre nézve figyelembe veendő fontosabb kihívásokat, az elemzéshez szükséges indikátorok körét és az indikátorértékeket is.

Kristóf Tamás egyetemi adjunktus a pénzügyi válságokra hívja fel figyelmünket „Várható pénzügyi csődök, pénzügyi válságok” címmel. Tanulmányában középtávra vonatkozó javaslatként említi meg, hogy fogalmazzunk meg egy pénzügyi válság-előrejelző rendszer kidolgozását és annak nemzetközi összefogásban történő üzemeltetését. Úgy véli, a pénzügyi válságok kialakulásának klasszikus útja 2050-ig világjelenséggé megismétlődhet, s biztosak lehetünk abban, hogy ezek Magyarországot is elérik.

Lentner Csaba a Nemzeti Közszerződési Egyetem

professzora „A magyar gazdaság kilátásai 2025-re és 2050-re” címmel írja tanulmányát. A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy egyre nehezebb a gazdasági-pénzügyi környezet bizonytalanságai mellett a gazdasági tervezés, a váratlan események rendre felülírják az évtizedes költségvetési tervezési beidegződéseket, gyakorlatot. Emiatt az eddig elért pozitív eredmények fenntartása is egyre nehezebb lesz.

Korompai Attila és Szabó Mátyás munkája „Új tendenciák településeink megújulásában” grafikonokkal is szemlélteti a megyékben lezajlott település-szerkezeti és -strukturális, valamint gazdasági változásokat, illetve ezek irányait. A szerzők meglátása szerint a globális fejlődési trendek hazánkban is érvényesülni fognak, de a hazánkban jellemző negatív irányú változások (pl. a kistelepülések elnéptelenedése) továbbra is érvényesülni fognak.

Deák István „A globalizáció hatása a vidéki iparfejlesztésre” című munkájának összegzésében az ipartelepítés fontosságát emeli ki, amely biztosíthatná az egyes régiók sikerét. Ugyanakkor ezen ipari gazdálkodó egységeknek be kell épülniük, a régió, a helyi közösség szerves részévé kell válniuk, kapcsolatot, jó együttműködést kell kiépíteniük ahhoz, hogy valóban meghatározó tényezővé válhassanak. Véleménye szerint a globalizáció kiváló eszköz lehet az ipari fejlődési folyamatok elősegítésére, azonban ez önmagában nem lesz elég, szükség van megfelelő kormányzati együttműködésre és intézkedésekre, valamint pozitív szemléletű, támogató társadalomra, amelynek tagjai akarnak és tudnak is összefogni és tenni a vidék fejlődéséért.

A tanulmánykötet 3. része a „Technikai-technológiai fejlődés és a környezet jövője” címet kapta.

Az első tanulmányt Meskó Bertalan orvosi jövőkutató jegyzi. „A technológiai fejlődés és az orvoslás jövője” című írás előrevetíti, hogy köszönhetően a technikai fejlődésnek az orvosi szakma jelentős átalakuláson fog keresztül menni. Az otthoni diagnosztikai eszközök térnyerése, a nanotechnológia fejlődése, a robotika, a gépesítés ezen a területen is egyre nagyobb tért hódít. Az orvosi tudás mennyiségének növekedésével emberi léptékben már nem lehet megküzdeni, és csak a technológia nyújthat segítséget.

Monda Eszter „Az új infokommunikációs eszközök és közösségek várható elterjedése a felsőoktatásban” címmel szintén a technológia robbanásszerű fejlődéséből eredő változásokat emeli ki, s azt, hogy a technológia egyre inkább jelen lesz életünkben és átszövi azt.

Tóthné Szita Klára és Roncz Judit írása a környezetvédelem területére vezet. „Veszélyben a környezet! Megoldások keresése az energetika és a biotechnológia területén” címmel a hazai környezet állapotáról, a környezetet veszélyeztető tényezőkről alapos összegzést közölnek a szerzők. A globális problémák megjelenésével hazánkban is számolnunk kell, ezek felerősödése várható, ha nem változik a jelenlegi gyakorlat. Fontosnak tartják az innovatív technológiák alkalmazását a problémák megoldására.

Végezetül Tóth Attiláné „Alternatívák a 2050-es évekre, feladatok 2025-re” címmel dolgozatában mintegy globális összefoglalását adja a kötet valamennyi szerzője által üzent felhívásnak. Életünkben, környezetünkben minden mindennel összefügg. A minket érő katasztrófák (természeti, technikai, társadalmi) megjelenése kivédhetetlen, kölcsönhatásaik révén azok egyre erősebbek. Ezzel párhuzamosan a bennünket körülvevő informatikai-digitális fejlődés - bár életünkben nagyarányú fejlődést és kényelmet biztosít - újabb és még súlyosabb problémákat generál. Globálisan e két tényező hatásait csakis az egyéni gazdasági érdekek háttérbe szorításával, vagyis komoly szemléletváltással lehet semlegesíteni és kivédeni.

A kötet olvasásakor a mai magyar valóság széles spektrumát kapjuk, mely egyúttal a világban is zajló változások és felmerülő problémák képét tükrözik vissza. Izgalmas térképnek is nevezhetnénk korunk, napjaink valóságáról, a pozitív és negatív tendenciákról szóló írások összességét.

A szerzők megfogalmazzák félelmeiket hazánk és társadalmunk egészségének jövőjét illetően. A tiszteletadáson túl, fontos hogy ismételten felhívják figyelmünket, elsősorban a döntéshozó helyzetben lévők figyelmét, azokra a mélyen elgondolkodtató, egyre nyomasztóbban ránk nehezedő problémákra, amelyek további életünket meghatározzák és befolyásolni fogják.

Összességében az olvasó azt a képet kapja, hogy a helyzet drámai, mind a hazai, mind a nemzetközi hatásokat figyelembe véve. Fiataljaink, akik a jövő döntéshozói lehetnének, nem látnak perspektívát magyar viszonyok között és nem szívesen vállalják fel a döntés felelősségét. Sajnos a vizsgálatok szerint, nem tudatosul bennük annak felelőssége sem, hogy jövőnk, jövőjük és a következő generációk jövője is, főként rajtuk múlik. Ugyanakkor a szerzők megfogalmazznak egyfajta reményt is, abban a tekintetben, hogy állami vezetőink, döntéshozóink a tudományos vizsgálatok, kutatások eredményeit figyelembe véve, ha kis lépésekben is, de jövőnkre is kiható tudatos, ésszerű tervezéssel, racionális döntésekkel, a körülmények körültekintő elemzésével, döntéseik hatásának alapos felmérésével megtalálhatják a lehetőségét a minket érő negatív társadalmi, gazdasági, technológiai, környezeti, hatások hatékonyabb kivédésére.

HIVATKOZÁSOK

¹ Schmidt P. A jövő kihívásai az egészségügyi ellátásban, különös tekintettel az egészségmegőrzés és egészségnevelés szempontjaira, valamint az egészségügy gazdasági-közgazdasági kérdéseire, In: Tóth Attiláné (szerk.), Tudomány, gazdaság, jövő: Gidai Erzsébet emlékére. 226 p., Budapest: Arisztotelész Stúdió Bt., 2011. pp. 174-181., (ISBN:978-963-87721-5-2)

² Schmidt P. Az egészségmegőrzés és egészségnevelés meghatározó feltételei és követelményei a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításában: Health Education and Health Promotion-Determinativa Conditions and Requirements for Realising the Public-Health Programme of the Future, GAZDASÁGI ÉLET ÉS TÁRSADALOM 2:(1) pp. 148-156. (2010)

³ Schmidt P., Fehér J. Meghatározó feltételek és követelmények a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításához, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 51:(4) pp. 28-33. (2010)

⁴ Schmidt P., Fehér J. Új kihívások és feladatok az egészségvédelem és táplálkozás előtt, In: Nováky Erzsébet (szerk.), Magyarország 2025: Tanulmánykötet a Magyarország 2025 című akadémiai kutatás alapján. 263 p., Budapest: Gazdasági és Szociális Tanács, 2010. pp. 183-198., 1. kötet. (ISBN:978 963 88419 3 3)

⁵ Schmidt P., Fehér J. Feltételek a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításához, In: Tóthné Szita Klára, Gubik Andrea (szerk.), A jövőkutatás helye a 21. században. A jövőkutatás fejlődése és tudományterületi kapcsolatai: VII. Magyar (Jubileumi) Jövőkutatási Konferencia: 40 éves a magyar jövőkutatás. 225 p., Konferencia helye, ideje: Budapest, Magyarország, 2008.11.13-2008.11.14. Győr: Palatia Kiadó, 2009. pp. 106-117. (ISBN:978 963 503 393 5)

⁶ Riez A., Schmidt P. Szociális szolgáltatások – globalizáció és egészségfejlesztés, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 50:(3) pp. 2-7. (2009)

⁷ Kiss É., Tóth A., S. Gubik A. (szerk.) Területi különbségek a hazai népesség egészségi állapotában és jövőbeni kilátások, Magyarország 2025-ben és kitekintés 2050-re, Budapest, Arisztotelész Kiadó, 2016. pp. 13-38., (ISBN:978-615-5394-03-4)

⁸ Schmidt P. A népesség számának és egészségi állapotának várható alakulása, In: Tóth Attiláné, S. Gubik Andrea (szerk.), Magyarország 2025-ben és kitekintés 2050-re: . 299 p., Budapest: Arisztotelész Kiadó, 2016. pp. 39-52., (ISBN:978-615-5394-03-4)

⁹ Schmidt P., Simon T., Kappéter I. Lelki betegek és deviánsok helyzete és ellátása 2025-ben, In: Nováky Erzsébet (szerk.), Magyarország 2025: Tanulmánykötet a Magyarország 2025 című akadémiai kutatás alapján. 263 p., Budapest: Gazdasági és Szociális Tanács, 2010. pp. 199-214., 1. kötet, (ISBN:978 963 88419 3 3), 1. kötet

Olvasásra ajánljuk

Suggested readings

Kulcsszavak: dohányzás, alvás, magányosság

Tartalom

Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából	58
A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.....	59
A kockázati tényezők hozzájárulása a többlethalálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából	60

Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából

What could keep young people away from alcohol and cigarettes? Findings from the UK Household Longitudinal Study

Noriko Cable, Maria Francisca Roman Mella, Yvonne Kelly

DOI: 10.1186/s12889-017-4284-x

Ismertető: Formanek-Balku Eszter ✉
Egészségfejlesztés folyóirat

ÖSSZEFOGLALÁS

A cikkben bemutatott tanulmány célja, hogy megvizsgálja, a serdülők valóban fogékonyabbak-e azokra a kockázati magatartásokra, amelyek gyakran előfordulnak közvetlen környezetükben, baráti társaságukban. Elemezték a boldogság és a tudatosság kapcsolatát a dohányzással és az alkoholfogyasztással összefüggésben, figyelembe véve a közvetlen baráti kapcsolatokat. Módszertanát tekintve olyan 10 és 15 év közötti serdülőket vizsgáltak (N = 1 729), akik részt vettek az Egyesült Királyság Követéses Háztartásvizsgálatának 2. és 3. hullá-

mában. Multinomiális logisztikus regresszió alkalmazásával vizsgálták a boldogság, a tudatosság és az alkohol, illetve dohányzás kapcsolatát, amit a kutatók korrigáltak nemre, életkorra, az egészségi állapotról, vallási hovatartozásra, társadalmi és gazdasági státuszra, a kockázati viselkedést támogató baráti környezetre illetve az ismeretekre. Az eredmények alapján azok, akik boldogabbak voltak, vagy tudatosabbak a dohányzás és az alkoholfogyasztás káros hatásival kapcsolatban, kevésbé voltak aktív alkoholfogyasztók, illetve dohányoztak rendszeresen.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány eredményei alapján a serdülők boldogságérzetének és a tudatosságának növelésével csökkenhető a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakorisága, ezért a lakosságot célzó beavatkozások tervezésénél érdemes ezeket a szempontokat is figyelembe venni.

A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei

Do parents' support behaviours predict whether or not their children get sufficient sleep? A cross-sectional study

Evelyn Pyper, Daniel Harrington, Heather Manson

DOI: 10.1186/s12889-017-4334-4

Ismertető: Formanek-Balku Eszter ✉
Egészségfejlesztés folyóirat

ÖSSZEFOGLALÁS

Az alvás az egészséges kognitív és fizikai fejlődés alapvető eleme. Az alváshiány oka lehet a gyermeknél kialakuló számos mentális és fizikai egészségügyi problémának, beleértve a túlsúlyt, az elhízást és az azokhoz kapcsolódó krónikus betegségeket. Tekintettel arra, hogy a gyermekek alvásideje az elmúlt évtizedekben csökkent, szükség van az ezt meghatározó tényezők megismerésére, beleértve a szülők ezzel kapcsolatos támogató viselkedését. A tanulmány célja az volt, hogy meghatározza, a különböző típusú szülői támogató magatartások hogyan befolyásolják a gyermekek alvási szokásait. A vizsgálatban használt adatokat a szülők vagy gondviselők segítségével gyűjtötték telefonos interjúk keretében. Olyan szülők vettek részt a kutatásban, akiknek legalább egy, Ontarióban, Kanadában élő 18 évesnél fiatalabb gyermeke volt. Az kanadai alvási

irányelvektől való esetleges eltérést két többváltozós logisztikus regressziós modell segítségével vizsgálták, az egyik a hét közbeni, a másik a hétfégi alvásra vonatkozott. Független változók közé tartozott a szülő és a gyermek kora, a nem, a szülői támogatási viselkedés, valamint a szocio-demográfiai jellemzők.

Az eredmények szerint a hét közbeni alvást pozitívan befolyásolja, ha előre meghatározott szabályok vannak a lefekvéssel kapcsolatban, azonban ha szabályok nélkül, csak „úgy” adják meg a lefekvés időpontját a szülők, az negatívan hat az alvás mennyiségére. A hétfégi alvásra egyik szülői viselkedés sincs hatással. A szülői viselkedésen túl a gyerekek kora határozza meg a legnagyobb mértékben, hogy mennyit alszanak.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egészségfejlesztésben a gyerekek minőségi és mennyiségi alvása is fontos terület. Ebben a témában történő beavatkozások tervezése esetén a szülőket is be kell vonni, nem elegendő az alvás fontosságának hangsúlyozása és az ezzel kapcsolatos ismeretek átadása.

A kockázati tényezők hozzájárulása a többlethalálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából

Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study

Marko Elovainio, Christian Hakulinen, Laura Pulkki-Råback, Marianna Virtanen, Kim Josefsson, Markus Jokela, Jussi Vahtera, Mika Kivimäki

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30075-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0)

Ismertető: Formanek-Balku Eszter ✉
Egészségfejlesztés folyóirat

ÖSSZEFOGLALÁS

A társadalmi elszigeteltség, a magány az idő előtti halálalozással kapcsolatban jól ismert, de az ezeket összekötő kockázati tényezők továbbra sem tisztázottak. A tanulmányban ismertetett vizsgálat célja volt, hogy kockázati tényezőket keressenek, amelyek megmagyarázhatják a társadalmilag elszigetelt és magányos egyének többlet halálalozását. Az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatának prospektív adatait használták fel a bemutatott elemzésben. Az összes és okspecifikus halálalozáso-

kat nézve megvizsgálták, hogy a társadalmilag elszigetelt és magányosok körében hogy alakulnak ezek a mutatók, korrigálva BMI-re, szisztolés és diasztolés vérnyomásra, dohányzásra, alkoholfogyasztásra, testmozgásra, a társadalmi-gazdasági, valamint pszichés kockázati tényezőkre. Azok az emberek, akik a társadalmilag elszigetelt réteghez tartoznak, nagyobb eséllyel halnak meg hamarabb valamilyen krónikus betegségben, mint azok, akik társas környezetben élnek.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A vizsgálat eredményei igazolták, hogy az elszigetelt és magányos emberek fokozottan veszélyeztetettek a halálalozást tekintve. Az olyan szakpolitikák, amelyek a hátrányos társadalmi-gazdasági környezet, az egészségtelen életmód és az alacsonyabb szintű mentális jóllét kockázatának csökkentésére irányulnak, csökkenthetik a többlethalálalozást az elszigetelt és magányos emberek körében.

Álláshirdetések: Higiénikus Jobs: hygienic professional



Országos egészségügyi hálózattal rendelkező gazdasági társaság HIGIÉNIKUS munkatársat keres teljes munkaidős foglalkoztatásban

PÁLYÁZATI FELTÉTELEK

Közegészségügyi-járványügyi felügyelői, vagy népegészségügyi ellenőri szakképzettség felhasználói szintű számítógépes ismeretek (word, excel).

A PÁLYÁZAT ELBÍRÁLÁSÁNÁL ELŐNYT JELENT

Legalább 3 év szakmai gyakorlati idő.

ELLÁTANDÓ FELADATOK

Az alábbi feladatok ellátása a Vasútegészségügyi Nonprofit Közhasznú Kft. központi és a vidéki telephelyeire egyaránt vonatkozik.

- Jogszabályban meghatározott infektókontroll tevékenység ellátása.
- Munkakörét érintő jogszabályok változásainak figyelemmel kísérése, javaslattétel a módosítások bevezetésére.
- Az epidemiológiai szakápolók munkájának irányítása.
- A területileg illetékes Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve részére elkészített éves jelentések ellenőrzése.
- Részvétel Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve által, előzetesen bejelentett ellenőrzések lefolytatásában.
- Az egészségügyi dolgozók éves infektókontroll oktatása.
- Az egészségügyi intézményben keletkező hulladékokkal kapcsolatos jogszabályban meghatározott nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettség ellátása.
- A sterilizáló berendezések évi kétszeri mikrobiológiai vizsgálatának elvégzése.
- A központi sterilizálók szakmai felügyelete.
- Elektronikus adatszolgáltatás a bejelentendő fertőző megbetegedésekről az Országos Szakmai Információs Rendszerbe.
- Tervezett és kampányszerű higiénés ellenőrzések.
- A kéz és személyi higiénés előírások betartásának folyamatos ellenőrzése.
- Veszélyes hulladékok kezelésének, gyűjtésének felügyelete, az elszállítás megszervezése, minősített gyűjtőeszközök megrendelése, éves jelentés készítése.
- Sugár egészségügyi tevékenység keretében a létesítési, tevékenységi, megszüntetési engedélyek ügyintézése. Kapcsolattartás az Országos Atomenergia Hivatal és az Országos Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Igazgatóság munkatársával.
- Sugárvédelmi képzések („bővített fokozatú sugárvédelmi ismeretek”) megszervezése.
- A Válsághelyzeti terv, éves felülvizsgálata.

- Gyógyszeres hűtők hőmérőinek kalibrálása.
- A rendelőintézeti ellenőrző bizottság munkájában való részvétel.
- Beruházások előkészítésében, engedélyeztetési eljárásokban való részvétel.
- Közreműködés a Foglalkozás-egészségügyi orvosokkal a munkahelyi kockázatértékelésben.

FOGLALKOZTATÁS JELLEGE

Teljes munkaidő

A MUNKAVÉGZÉS HELYE

Változó munkahely

A PÁLYÁZAT RÉSZEKÉNT BENYÚJTANDÓ IRATOK, IGAZOLÁSOK

- Szakmai önéletrajz
- Motivációs levél
- Végzettséget, szakképzettséget igazoló okiratok másolata
- Referencia

Fényképes önéletrajzát bérigény megjelölésével az allas@vasuteu.hu e-mail címre várjuk.

VÉDŐNŐ - Magyar Védőnők Egyesületének szakmai tájékoztatója

MOTHER, CHILD AND PUBLIC HEALTH NURSE - Professional Information of the Hungarian Association of Mother, Child and Public Health Nurses

A VÉDŐNŐ folyóirat a prevenció - az alapellátás területén dolgozók szakmai – tudományos tájékoztatója, mely ajánlott védőnőknek, házi gyermekorvosoknak, háziorvosoknak és szülész-nőgyógyász szakorvosoknak, ápolóknak, gyermek- és ifjúságvédelem területén dolgozóknak.

A kéthavonta megjelenő folyóirat célja, a prevenció, ápolás, rehabilitáció gyakorlati – és tudományos ismeretek összefüggéseinek publikálása.

A megelőzés egyik kulcsfontosságú eleme az információ átadása, az ismeretek megszerzése. Ebben kíván segítséget nyújtani a VÉDŐNŐ c. folyóirat.

A védőnők továbbképzését szolgáló folyóirat akkreditált: a minősítési kérelmet évente az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi Erőforrás Fejlesztési

Főigazgatósága bírálja el a beadott tudományos/továbbképző cikkek alapján:2017 -2019-re terjedő időszakra évente 20 kredit pontot állapítottak meg.

A folyóiratban lehetőséget biztosítunk a területen illetve az egészségtudományi képzésben dolgozó védőnőknek eredményeik illetve tudományos tevékenységük bemutatására.

A laptájékoztatót ad pályázati lehetőségekről is.

Olvasóink igénye alapján nagy figyelmet fordítunk a prevencióhoz, az egészségüghöz kapcsolódó szolgáltatások, termékek bemutatására.

A VÉDŐNŐ folyóirat aktuális számának tartalomjegyzéke az 1. mellékletben olvasható, a lapról további információ a [MAVE](#) weboldalán érhető el.