

A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve

Non-communicable diseases: definition reloaded

doi: 10.24365/ef.v58i4.214

Magyarországon, hasonlóan a világ sok másik országához, a nem fertőző betegségek jelentik a legjelentősebb népegészségügyi problémát. Több, egészségi állapottal foglalkozó jelentés eredményeiből is egyértelműen látszik, hogy hazánkban továbbra is a daganatos megbetegedések, valamint a keringési rendszer betegségei okozzák a legtöbb halálesetet, valamint egészségvesztést. A legfrissebb helyzetkép, a „Hazai egészség-pillanatkép, 2017”¹ adataiból is látszik, hogy a nem fertőző megbetegedések visszaszorítására még nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, tekintettel arra, hogy bár a megtett népegészségügyi beavatkozások következtében vannak pozitív eredmények, világviszonylatban még mindig le vagyunk maradva az átlaghoz képest.

A nem fertőző megbetegedések visszaszorításához nyújthat segítséget egy, a *The Lancet* című szakmai folyóiratban elindított, a nem fertőző betegségek fogalmának, kifejezésének pontosítását célzó szakmai vita, melynek a főbb pontjai az alábbiakban foglalhatók össze.^{2,3}

Az 1990-ben megjelent *Global Burden of Disease* jelentés a legnagyobb betegségterheket 3 fő csoportba osztotta: fertőző betegségekre, nem fertőző betegségekre, valamint sérülésekre.⁴ A felosztás megfelelt a korra jellemző tendenciáknak, valamint annak, hogy az alacsony és közepes jövedelmű országokban elsősorban a fertőző betegségek jelentették a legnagyobb problémát.

A nem fertőző betegségek közé tartoznak többek között a daganatos megbetegedések, a keringési megbetegedések, a cukorbetegség, a krónikus légzőszervi megbetegedések, valamint a mentális betegségek, amelyek becslések szerint a következő két évtizedben 47 billió USD-nak (közel 13 billiárd

HUF-nak) megfelelő költséget fognak jelenteni világviszonylatban és több millió embert döntenek szegénységbe.

Nemzeti és nemzetközi szinten is tapasztalható, hogy a fent említett másik két fő betegségcsoporthoz – a fertőző betegségekhez, valamint a sérülésekhez – képest a nem fertőző betegségek aránytalanul kevés figyelmet és támogatást kapnak. Különösen igaz ez a fejlődő országok egészségstratégiáira és cselekvési terveire. A betegségcsoport „elhanyagolásában” szerepet játszhat a fogalom negatív csengése, melyet a „nem” szó idéz elő.

Megjegyzendő továbbá, hogy számos nem fertőző megbetegedés részben vagy teljes egészében fertőző tulajdonsággal is bír, gondolhatunk itt a különböző vírusokon (pl. HPV és méhnyakrák kapcsolata), szociális hálókon, épített környezeten, kulturális és gazdasági tényezőkn, élelmiszerhiányon és generációkon átívelő terjedésre.

További problémát jelent, hogy a nem fertőző betegségek visszaszorításához elsősorban az egyéni egészségtényezők megváltoztatását (pl. dohányzásról való leszokás) szokás célul kitűzni a populációs szakpolitikák megváltoztatására irányuló intézkedések helyett. Sajnos a társadalmi-gazdasági tényezőket megváltoztatni nagyon nehéz, és a rendszer szintű, hatékony intézkedések nem feltétlenül népszerűek a politikai szereplők körében, mert gyakran ellentétesek a gazdasági érdekekkel.

Annak érdekében, hogy hatékonyabban tudjunk fellépni a nem fertőző megbetegedések ellen, a szerzők közös gondolkodásra szólították fel a szakembereket. Véleményük szerint ahhoz, hogy valóban jelentős változás következzen be, először is a nem fertőző betegségek nevének és tartalmának

újrágondolása szükséges. A cél olyan elnevezés megfogalmazása, mely pontosabban kifejezi a csoportba tartozó betegségeket, illetve „marketing” szempontból is „jobban eladható”.

A közös gondolkodás Facebookon, olvasói leveleken és online párbeszédiken keresztül valósult meg. A válaszadók közül sokan hangsúlyozták, hogy elsősorban nem a fogalom elnevezésének megváltoztatására van szükség, hanem tartalmának pontosítására, a fogalom alá tartozó betegségcsoportok pontosabb meghatározására, amely elősegíti, hogy könnyebb legyen azonosítani a fő beavatkozási pontokat.

A hozzászólók többsége az alternatív elnevezést a nem fertőző betegségek krónikus természete vagy a rájuk ható antropogén, társadalmi hatások felől közelítette meg. Az antropogén hatások hangsúlyozása érdekében az alábbi elnevezéseket javasolták a válaszadók: bioszociális és fejlődéshez kapcsolódó betegségek, megelőzhető krónikus betegségek, szociális hatásokhoz, valamint jómódhoz kapcsolható betegségek. A javasolt elnevezésekből érződik, hogy a válaszadók a nem fertőző betegségek megelőzhető tulajdonságait, a szocioökonómiai egyenlőtlenségeket kívánták hangsúlyozni.

A szakértők egyetértettek abban, hogy a jelenleg használt fogalom egyrészt túl tág, valamint hogy nem lehet egy kifejezéssel leírni az összes nem fertőző betegséget úgy, hogy közben pontosan elhatároljuk a fertőző betegségektől azokat. A jelenlegi fogalom magába foglalja az összes olyan betegséget, amely nem felel meg a Koch-féle posztulátumoknak,¹ így a veleszületett rendellenességeket, degeneratív betegségeket (pl. Alzheimer-kór, Huntington-kór), mozgásszervi megbetegedéseket, urogenitális szervek megbetegedéseit (pl. vesekő, endometriózis), mentális egészség problémákat és a nem fertőző betegségek négy legjelentősebb csoportját: a keringési megbetegedéseket, a daganatos megbetegedéseket, a krónikus légzőszervi megbetegedéseket, valamint a 2-es típusú cukorbetegséget.

¹ Koch-féle posztulátumokként váltak közzismertté azok a szabályok, amelyeknek alapján valamely baktérium kórokozónak tekinthető vagy sem. A Koch-féle posztulátumok a következők: 1.) A feltételezett mikrobát minden esetben ki kell tudni mutatni a betegséget hordozó élőlényből és nem lehet jelen az egészséges egyedekben. 2.) A mikrobát izolálni kell és tiszta tenyésztetben kell tudni fenntartani. 3.) A tiszta tenyésztetből származó mikrobával beoltott egészséges állatokon ki kell fejlődnie az eredeti betegségnek, és a tüneteknek klinikai formát kell mutatniuk. 4.) Az így kezelt állatokból a visszaizolálás után az eredeti kórokozót kell kapni.

Annak ellenére, hogy a szakértők végül nem találtak egyetlen olyan konkrét kifejezést, amely magába foglalná az összes érintett nem fertőző betegséget, több, az elnevezéshez figyelembe veendő szempontot vetettek fel:

- krónikusság: sok nem fertőző megbetegedés kialakuláshoz kell hosszabb idő, melyek bizonyos kockázati tényezők hatására alakulnak ki;
- világméretű teher: számos nem fertőző megbetegedés tartozik a vezető halálokok közé és okozza a legtöbb egészségvesztést;
- megelőzhetőség: a nem fertőző megbetegedések megelőzhető tulajdonsága;
- közös, fiziológiás hatások: pl. koleszterinszint, vércukorszint, elhízás, magas vérnyomás;
- közös, egészség-magatartáshoz kapcsolható kockázati tényezők: fizikai inaktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás, beltéri légszennyezés, egészségtelen táplálkozás;
- közös, környezeti kockázati tényezők: gazdasági helyzet, szociális és külső környezeti tényezők, mint az urbanizáció, a globalizáció és a szegénység vagy az egyenlőtlenség és az igazságtalanság – jellemzően multiszektoriális eredetű tényezők.

További csoportosítás lehetséges a betegségek kialakulása az érintett szervrendszerek, a betegségekre jellemző életkor, valamint viselkedésminták alapján.

A szerzők a beérkezett vélemények alapján úgy ítélték meg, hogy a jelenlegi fogalom alá tartozó betegségek legfőbb közös sajátossága az, hogy kialakulásukat és lefolyásukat társadalmi-gazdasági tényezők befolyásolják, ezért a „*socially transmitted conditions: STCs*” fogalom bevezetését javasolták. A fogalom magába foglalja az antropogén és társadalmi-gazdasági tényezők jelenlétét a megbetegedések kialakulásában.

Megjegyzendő, hogy bár a veleszületett és degeneratív megbetegedések esetén csak részben helytálló az új elnevezés, a szakértők véleménye alapján a „*socially transmitted*” kifejezés még

mindig átfogóbb, pontosabb és marketingszem- pontból előnyösebb, mint a „*non-communicable*” (nem fertőző) megnevezés. A nemrégiben lezajlott fogalomcsere, mely az „*international health*” kifeje- zést módosította „*global health*”-re szintén azt bizo- nyítja, hogy egy fogalom újragondolása mennyire megváltoztathatja egy teljes szakterületről való gondolkodást.

Az előbbieken bemutatott *The Lancet* cikk nyo- mán, ezúton szeretnénk közös gondolkodásra invi- tálni a hazai szakembereket a fogalom megújításá- val és a „*socially transmitted conditions: STCs*” foga-

lom magyar elnevezésével kapcsolatban. Az Egész- ségfejlesztés folyóirat szerkesztősége a nem fertőző betegségek helyett az alábbi elnevezést ajánlja:

társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek.

Tekintettel a magyar nyelv sajátosságaira, valamint arra, hogy gyakran a népegészségügy szakterültén belül sincsen egységes fogalomhasználat, kérjük a hazai szakértőket, hogy a cikkhez kapcsolódó hozzá- szólásokon, olvasói leveleken keresztül fejtsek ki véleményüket, ötleteiket a fogalom megreformálá- sával kapcsolatban.

HIVATKOZÁSOK

¹ Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P. Hazai egészség-pillanatkép, 2017. Egészségfejlesztés, 2017; 58(4). doi:10.24365/ef.v58i4.205

² Luke N Allen, Andrea B Feigl: What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30001-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30001-3)

³ Luke N Allen, Andrea B Feigl: Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30200-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30200-0)

⁴ Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. Bulletin of the World Health Organization 1994; 72: 495–509.

Folyóiratunk olvasottságáról

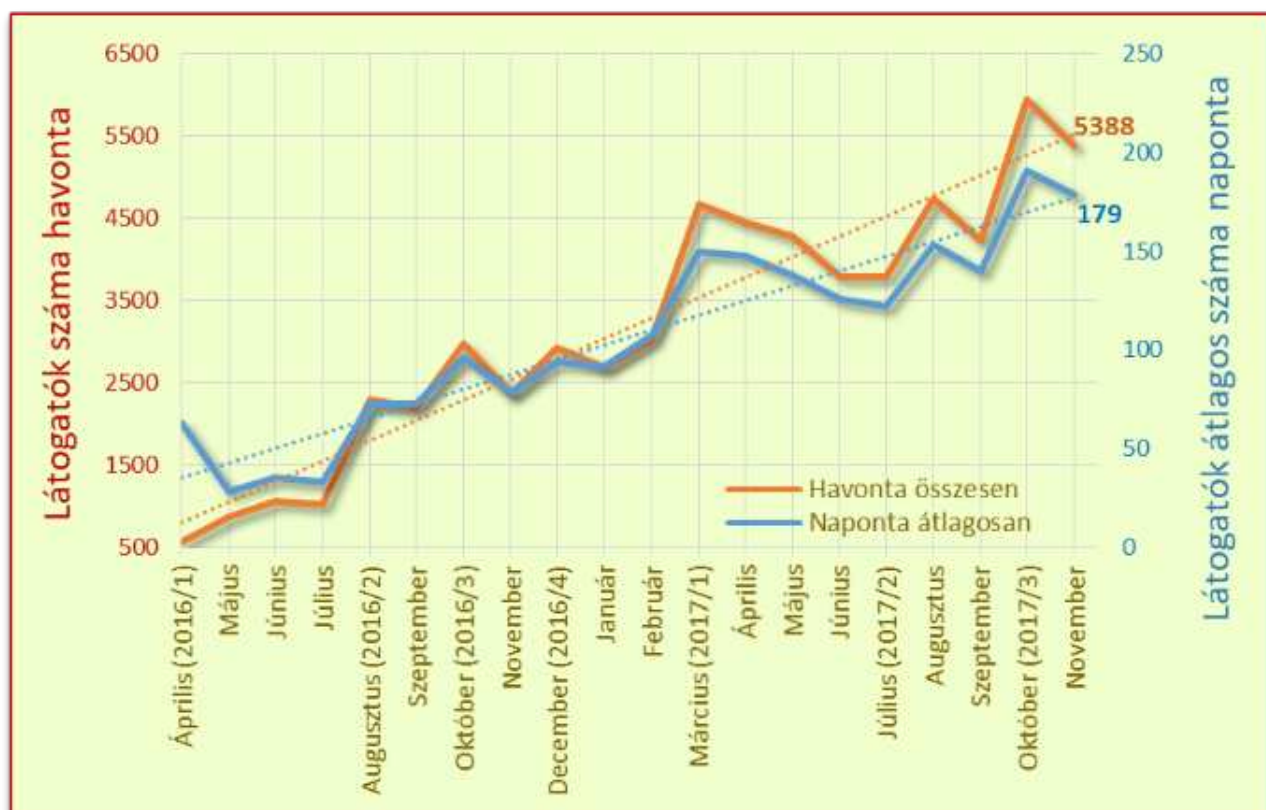
About the journal popularity

doi: 10.24365/ef.v58i4.219

Nagy örömmel az Egészségfejlesztés folyóirat olvasottsága töretlenül növekszik, ami jól mutatja az egészségfejlesztés iránti érdeklődést és a téma fontosságát.

A folyóirat napi átlagos látogatóinak száma már közel 180, az idei év harmadik számának megjelenésétől kezdve – októbertől – pedig a havi látogatószám meghaladja az 5000-et [1. ábra].

1. ábra: A folyóirat honlapját havonta, illetve naponta átlagosan meglátogatók száma



A korábbi számokhoz hasonlóan elkészítettük a legtöbbet olvasott 10 cikk három különböző szempont alapján összeállított rangsorát: (1) az összefoglaló és (2) a teljes cikkek olvasottságát, valamint (3) az egyes cikkek elérhetőségét, azaz a megjelenés óta eltelt idő hosszát is figyelembe véve.

A legtöbbször olvasott összefoglalók 10-es listáján nem történt változás az előző lapszám megjelenése óta. A teljes közlemények olvasottságát nézve magasan kiemelkedik a csecsemőkori allergiamegelőzés korszerű irányelveiről szóló írás és az első 10 közé bekerült a tavalyi év 2. számában megjelent, a

vakcináció „tízparancsolata” felnőttek védőoltásaihoz című cikk is. A publikálása óta eltelt idő alatt a legtöbbet olvasott cikkek között továbbra is a csecsemőkori allergiamegelőzés korszerű irányelveit bemutató cikk az első, ez is mutatja a téma fontosságát. [1. táblázat] A legutóbbi lapszámból 6 közlemény is szerepel a 10-es rangsorban, így ezek sok

olvasónk érdeklődését keltették fel, például a leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek cikksorozat első része, az egészség ökoszociális elméletét bemutató írás és a „Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése” című közlemény.

1. táblázat: A közlemények elérhetőségét is figyelembe vevő olvasottsági rangsor

Olvasottság/ eltelt idő	Közlemény címe	Szerző(k)	Lapszám
7,17	A csecsemőkori allergiamegelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1. szám
2,24	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3. szám
1,87	A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész	Burián K, Spengler G	2017. 3. szám
1,43	Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése	Kaposvári Cs, Vitrai J	2017. 3. szám
1,16	Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről	Varga A	2017. 3. szám
1,09	Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében	Szabó K, Pikó B	2017. 2. szám
1,07	Az egészség ökoszociális elmélete	Csizmadia P	2017. 3. szám
0,95	Félúton vagy tévúton?	szerkesztőség	2017. 2. szám
0,92	Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges preventív megközelítései	Járomi É, Kimmel Zs	2017. 2. szám
0,88	Tisztelettel adóztak az anyák megmentőjének – 2017. évi Semmelweis ünnepség Győr-Szigetben	Schmidt P	2017. 3. szám

Olvasóink véleménye a hazai egészségfejlesztés színvonalának emeléséről

Readers' opinions on raising the level of the Hungarian health promotion

doi: 10.24365/ef.v58i4.220

Az Egészségfejlesztés folyóirat október végén kérdőívet küldött olvasóinak a hazai egészségfejlesztés színvonalának emeléséről. Az olvasóinknak feltett kérdések a szerkesztőség nagy örömeire komoly érdeklődést váltottak ki: az online kérdőívet a válaszadásra rendelkezésre álló három hét alatt mintegy 800-an nézték meg, és közülük 150-en szántak időt a kitöltésére. A válaszok tartalmi elemzése alapján sejthető, hogy a témáról nemcsak a lapot olvasó népegészségügyi szakértők, hanem más területeket – például az orvoslást, vagy a pedagógiát – képviselő szakemberek is véleményt formáltak.

Az alábbiakban a válaszokat röviden összegezzük, és – amint azt ígértük –, az eredmények ismertetését követően egy műhelybeszélgetésen lehetőséget adunk az olvasói vélemények közös értékelésére a jövő év elején.

1. Sorolja fel az utóbbi évek 3 LEGSIKERESEBB országos jelentőségű népegészségügyi intézkedését! A népegészségügyi intézkedések, tevékenység alatt értve jogszabályok alkotását, programok vagy projektek indítását, szervezeti változtatásokat.

A szabadszavas válaszokat először kategorizáltuk, majd nagyobb csoportokba összevontuk (egy-egy kategóriák több csoportba is kerülhettek). Az alábbi kördiagram bemutatja, olvasóink mely népegészségügyi intézkedéseket, tevékenységeket tartották a legsikeresebbeknek.

A válaszadók ötöde legsikeresebbnek a népegészségügyi célokat szolgáló jogszabályokat (népegészségügyi termékadót, a nemdohányzókat védő és a köznevelési törvényt, a közétkeztetési, valamint az élelmiszerek transzszírsavtartalmának korlátozó-

sára vonatkozó rendeletet) tartotta. A jogszabályalkotás mellett az olvasók 31%-a az egészséges magatartást, azaz az egészséges táplálkozást, a több testmozgást és a dohányzás visszaszorítását előmozdító intézkedéseket ítélte sikeresnek. Ilyenek voltak például az iskolagyümölcs-program, a mindennapi testnevelés vagy a dohányárúkra vonatkozó áremelés.

Bár a kérdés a népegészségügyi intézkedésekre vonatkozott, a válaszolók tizede sikeres, az alap-, illetve szakellátás színvonalát emelő intézkedéseket (pl. e-recept vagy a kórházak felújítása) is említett.

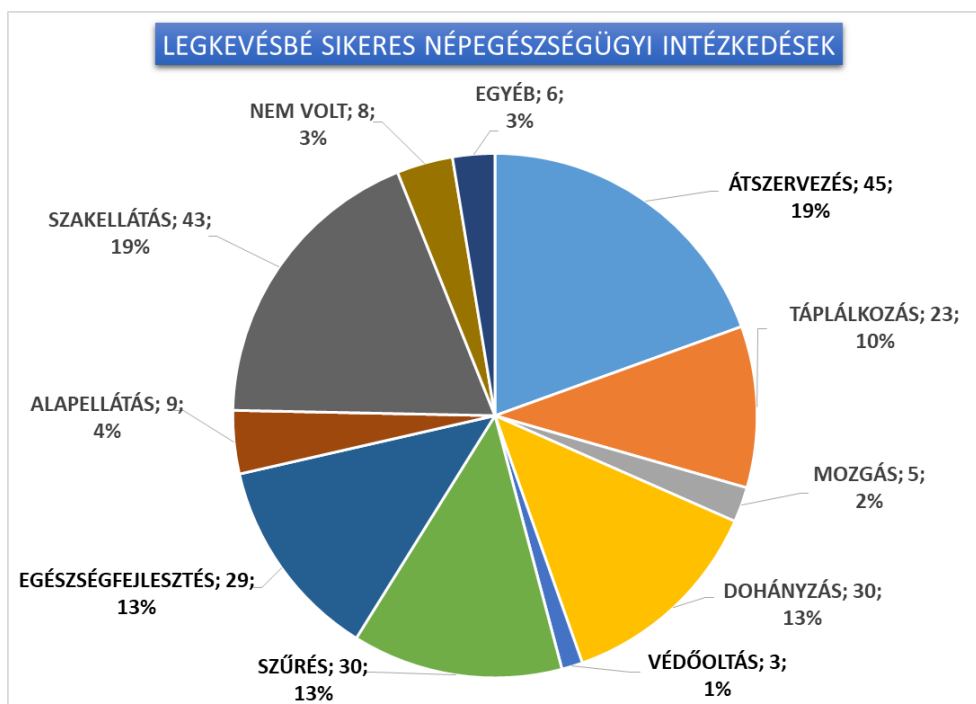
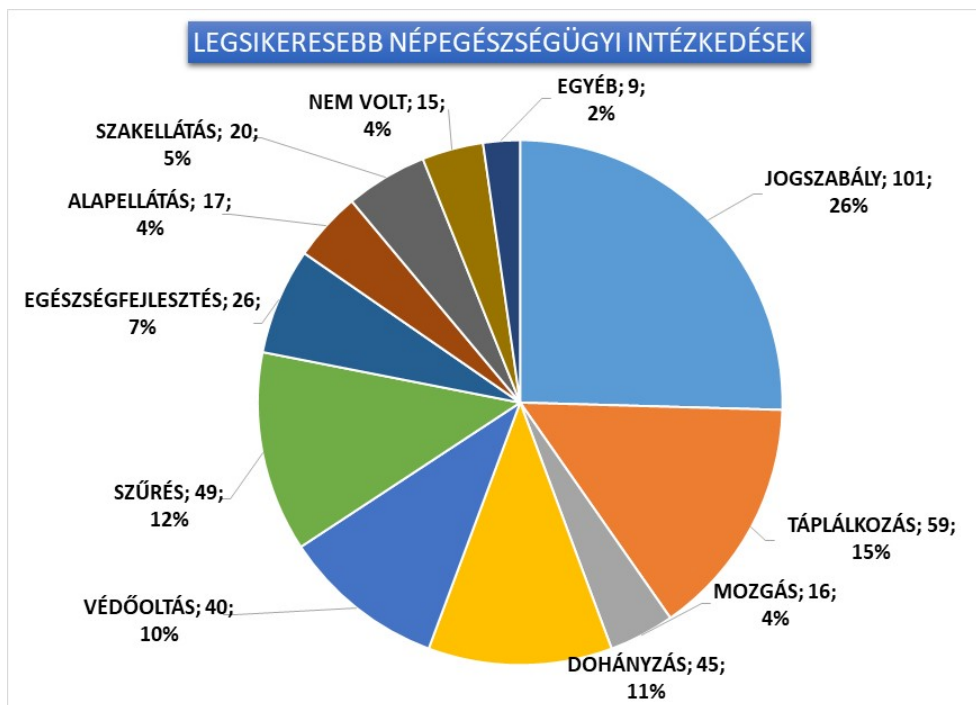
2. Sorolja fel az utóbbi évek 3 LEGKEVÉSBÉ SIKERES országos jelentőségű népegészségügyi intézkedését! A népegészségügyi intézkedések, tevékenység alatt értve jogszabályok alkotását, programok vagy projektek indítását, szervezeti változtatásokat.

A legkevésbé sikeres intézkedések kategorizálásakor megpróbáltunk a sikeresekéhez hasonló csoportokat képezni, de a népegészségügyi intézményrendszer átszervezésével a válaszadók mintegy ötöde nem értett egyet, és emiatt egy újabb csoportot kellett létrehozni. Helytelennek tartották többek között az országos háttérintézetek összevonását és az ÁNTSZ helyi szervezeteinek a közigazgatási hivatalokba történő átszervezését.

A felmérésben részt vevők negyede sikertelennek tartotta a viselkedésváltoztatásra (táplálkozás, mozgás, dohányzás) irányuló népegészségügyi intézkedéseket, ami azért is meglepő, mert közel harmaduk pedig éppen sikeresnek ítélte. Hasonlóan megosztottak a vélemények a többi kategóriában is: a válaszoló olvasók negyede sikertelennek, tizede sikeresnek véli az orvosi ellátás fejlesztését.

A válaszadók véleménye szerint a szűrés esetében 13%-ban sikertelen volt, 12%-ban sikerrel járt a fejlesztés. Az egészségfejlesztésre (mint pl. az

Egészségfejlesztési Irodák, az EFI-k felállítása) vonatkozóan 13% negatív, 7% pozitív megítélést tapasztaltunk.



3. Milyen osztályzattal értékelné a hazai népegészségügy SZERVEZETI feltételeit? *Szervezeti feltételek alatt értve, hogy a jelenlegi népegészségügyi tevékenységet végző intézményi rendszer mennyire tud hozzájárulni a lakosság egészségének javításához.*

A válaszok átlaga az 1-től 5-ig terjedő skálán osztályozva: 2,4 volt.

4. Milyen osztályzattal értékelné a hazai népegészségügy ANYAGI feltételeit? *Anyagi feltételek alatt értve a népegészségügyi tevékenységek végzéséhez rendelkezésre álló pénzt, eszközöket, segédanyagokat.*

A válaszok átlaga: 2,1 volt.

5. Milyen osztályzattal értékelné a hazai népegészségügy SZEMÉLYI feltételeit? *Személyi feltételek alatt értve a népegészségügyi szakemberek számát és felkészültségét.*

A válaszok átlaga: 2,6 volt.

6. Milyen osztályzattal értékelné a hazai népegészségügy EREDMÉNYESSÉGÉT? *Eredményesség alatt értve, hogy a hazai népegészségügy összességében mennyire tud hozzájárulni a lakosság egészségének javításához.*

A válaszok átlaga: 2,5 volt.

7. Ha Önön múlna, milyen szakpolitikai intézkedéseket kezdeményezne a népegészségügyi rendszer megerősítésére, hogy a lakosság egészségmutatói megközelítsék az uniós átlagot? *Szakpolitikai intézkedés lehet pl. szervezeti átalakítás, erőforrások bővítése vagy átstrukturálása, feladatellátás előírása, és egyéb jogszabályok alkotása. A szakpolitika számára javasolt intézkedéseket nem szükséges fontosság szerint sorba rendezni.*

A válaszolók javaslatainak feldolgozásakor némileg el kellett térni az előzőkben alkalmazott kategóriáktól és csoportoktól. Elsőként említendő a népegészségügyi stratégia, program kidolgozására és megvalósítására vonatkozó javaslatok. E nélkül – vélik sokan – nem lehet összehangolni, hatékonyá tenni a népegészségügyben megvalósítandó fejlesztése-

ket. A szektoron belüli, illetve az interszektoriális együttműködések (pl. az élelmiszeriparral) nélkülözhetetlenek a sikerhez, az egészség javításához, az igazságtalan különbségek kiegyenlítéséhez.

A javaslatok legnagyobb arányban a humán erőforrás fejlesztését említették. A vélemények szerint több és jobban képzett szakemberre, pályán maradásra ösztönző bérekre, vonzó munkahelyi környezetre és megfelelő szakmai kihívásokra lenne szükség.

Az emberi erőforrások mellett anyagira is nagy szüksége lenne – véli a válaszolók jó része. Itt nemcsak több népegészségügyben elköltött forintra gondolnak, hanem ideértik a jobb infrastruktúrát, a korszerűbb eszközöket is.

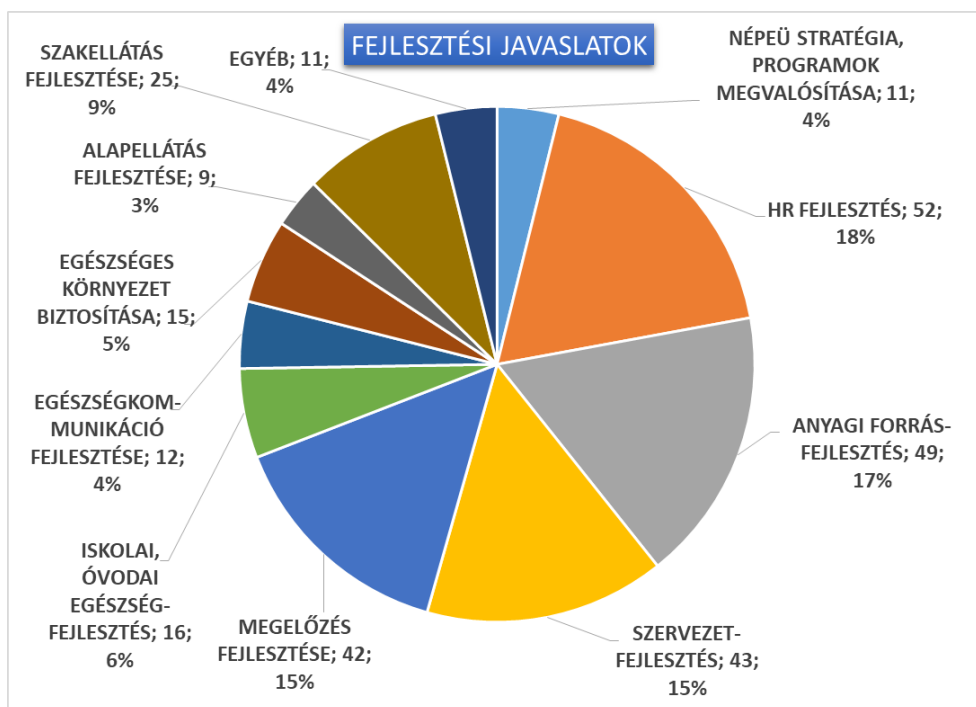
A javaslatok következő nagyobb csoportja a népegészségügy intézményrendszerének fejlesztésére vonatkozik. Ezek magukba foglalják az önálló egészségügyi minisztérium és országos intézmények létrehozását, a szervezetek közötti feladatmegosztás újragondolását, az EFI-k és a védőnői szolgálat fejlesztését vagy a hazai egészségmonitorozás rendszerének kialakítását is.

Hasonló gyakorisággal tesznek javaslatot a megelőzés kiemelt fejlesztésére. Itt az elsődleges és másodlagos szűrések kiterjesztése, a részvételi hajlandóság jutalmazással vagy büntetéssel való növelése mellett a családcentrikus programok is említésre kerülnek. Ide sorolhatók, de külön említendő az óvodai és iskolai egészségfejlesztésre (nevelésre) vonatkozó javaslatok is. Az előzőktől ugyancsak nem elválasztható, de a javaslatok között gyakran jelenik meg az egészségkommunikáció fejlesztése, az egészséges életmód lakosság körében történő népszerűsítése.

A szakemberek körében mindinkább elfogadottá válik, hogy az egészség javításához nem elég az egyéneket rávenni, hogy éljenek egészségesebben, ehhez nélkülözhetetlen az egészséget támogató környezet is. Erre vonatkozó javaslatokat többen is megfogalmaztak: növelni szükséges a testmozgásra, sportolásra alkalmas intézményekhez vagy szabadterei pályákhoz való hozzáférést, továbbá korlátozni kellene az egészségkockázatot jelentő, illetve növelni kellene a magas tápértékű élelmiszerekhez való hozzáférést. A további javaslatok között szerepel például a közétkeztetés színvonalának emelése, ezzel összefüggésben a helyi mezőgazdasági termelők támogatása is.

A lakosság egészségének javításához a kérdőívet kitöltő olvasóink több mint tizede – a népegészségügyi intézkedéseken túl – az alapellátás, illetve a szakellátás fejlesztésére vonatkozóan is fogalmazott

meg javaslatokat. Ezek között a házi orvosok továbbképzése és az informatikai fejlesztés mellett az elhízott gyermekeket ellátó központ is szerepelt.



Összegzés

Bizakodásra okot adó az a tény, hogy az Egészségfejlesztés folyóirat olvasói közül sokan vállaltak önként feladatot azzal, hogy véleményt formáltak a népegészségügy, ezen belül az egészségfejlesztés előmozdításáért. A magas részvétel egyértelművé teszi, hogy a szakemberek szükségét érzik és készek is tenni a népegészségügyért.

A hazai népegészségügy legfontosabb területei a válaszok alapján egyértelműen kirajzolódnak. Ezek közül jelentőségével kiemelkedik az elsődleges megelőzés, az egészséges életmód előmozdítása és az azt támogató környezet kialakítása. Az erre irányuló jogszabályokkal, intézkedésekkel voltak leginkább elégedettek a válaszolók. Azonban ugyancsak e területen várnának több és hatékonyabb beavatkozást, hiszen a lakosság egészségmutatói további intézkedések szükségét jelzik. (Lásd a „Hazai egészség-pillanatkép” című írást ebben a lapszámban.)

A válaszokból kiolvasható az olvasók meggyőződése, hogy ehhez a szektoron belüli és az interszektoriális együttműködés, az összehangolt cselekvés nélkülözhetetlen. Ennek feltételeként a választ adó olvasók a népegészségügyi intézményrendszer, a szakmai irányítás, feladatmegosztás megújítását látják. A népegészségügy megerősítésének további feltétele a vélemények alapján, a szakterület jelenleg igen szűkösnek tartott erőforrásainak bővítése. Az erőforrások észszerű elosztását, hatékony felhasználását a nemzetközi tapasztalatok és a hazai helyzetelemzés alapján elkészített átfogó népegészségügyi stratégia, program biztosíthatja, aminek megvalósítása eredményeképpen a magyar lakosság egészségmutatói megközelíthetik az uniós átlagot.

Köszönjük aktív részvételüket kérdőíves felmérésünkben, és az egészségfejlesztés színvonalának emelése érdekében a közös gondolkodást egy műhelybeszélgetés alkalmával folytatjuk.

A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig

HPV vaccination and parental health literacy – the winding path leading to vaccination

Szerző: Kun Eszter^a✉, Gács Zsófia^b, Benedek Angéla^c, Mészner Zsófia^d, Koltai Júlia^e

a: Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft., Budapest-Debrecen, b: Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest, c: MSD Pharma Hungary Kft., d: EMMI, Alapellátás- Fejlesztési és Módszertani Főosztály Alapellátási Osztály és Védőoltási Tanácsadó, e: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont és ELTE Társadalomtudományi Kar, Empirikus Tanulmányok Intézete

Beküldve: 2017. 09. 12.

doi: 10.24365/ef.v58i4.186

Bevezetés: Az ajánlott védőoltások felvételét sok tényező befolyásolja, azonban eddig nem volt pontos ismeretünk arról, hogy a HPV-oltás beadatásáról milyen szempontok alapján hoznak döntést a szülők. Az egészségértés (health literacy) szintje kulcstényező az egészségmegőrzés és a jóllét fenntartásában, így növekvő szerepet játszik a nemzetközi szakmapolitikai programok kidolgozásánál. A szülői egészségértés nemcsak a gyermek egészségét befolyásolja, hanem hatással van a következő felnőtt generáció prevenciók attitűdjére is.

Módszerek: Vizsgálatunkban a szülői egészségértés, a HPV-vel (humán papillomavírus) kapcsolatos ismeretek és a kötelezően választható HPV-oltás felvétele között kerestünk kapcsolatot. Országos reprezentatív kutatás keretében 430 szülővel vettük fel a kérdőívet (kiegészített HLS-EU-Q16).

Eredmények: A szülők 76%-ának általános egészségértése megfelelő volt, a HPV-oltást is 87%-uk ismerte. Ugyanakkor a HPV-vel kapcsolatos tudásuk ennél kisebb mértékben volt pontos. Az oltás beadatása a demográfiai mutatók közül az iskolázottsággal áll fordított arányban.

Következtetések: A döntési folyamat elemzésére használt útmodell alapján az egészségértés nincs közvetlenül hatással az oltás felvételére, míg a HPV-betegséggel és -védőoltással kapcsolatos tudás és az általános oltási attitűd igen. Vizsgálatunk alapján a célcsoport magasabb ismereti szintjének elérésével ezen kulcstémákban a HPV-oltás felvételének aránya növelhető lehet a magyar populációban. A hatékony ismeretszint-növelés a különböző egészségértési szegmensek számára célzottan differenciált tartalommal, nyelvezettel és kommunikációs csatorna-használattal elérhető.

Kulcsszavak: egészségértés; HPV; védőoltás; szülők; szülői; reprezentatív kérdőíves kutatás

Introduction: The acceptance and usage of recommended vaccines is influenced by many factors, but so far there was no clear understanding of the considerations parents base their decision on regarding HPV (Human Papilloma Virus) vaccination. The level of health literacy is a key factor in maintaining health and well-being, thus it plays an increasing role in developing international policy frameworks. Parental health literacy not only influences the health of children, but also affects the preventive attitude of the next adult generation.

Methods: Our study aimed to describe the relationship between parental health literacy, HPV related knowledge and the decision whether to inoculate children with state provided HPV vaccine. In a nationally representative research, we surveyed 430 parents (supplemented HLS-EU-Q16).

Results: The overall health literacy was adequate among 76% of parents and 87% of them was aware of the existence of HPV vaccines. However, their knowledge of HPV was less accurate. The decision to inoculate their children was inversely proportional to the level of education. According to the path analysis used to model the decision process, health literacy does not have a direct impact on vaccine uptake, while knowledge about the HPV disease and vaccination as well as general vaccination attitude do.

Conclusions: Based on our research, a higher level of knowledge achieved in the target group in these key areas can increase the proportion of HPV vaccination in the Hungarian population. Efficient knowledge transfer requires targeted, differentiated content, language and communication channels for different health literacy segments.

Keywords: health literacy; HPV; vaccine; parent; parental; representative survey

BEVEZETÉS

A védőoltások elfogadása pontos mérőszáma az egészségügyi prevenciónak, ugyanakkor a nem kötelező védőoltások felvételét sokféle szempont befolyásolhatja.

A *health literacy* vagy egészségértés fontos meghatározója az egészséggel kapcsolatos döntéseknek. A WHO definíciója szerint ugyanis az egészségértés az

adott egyén mindazon ismeretanyagának, motivációjának, kompetenciájának szintje, amely az illető egészséggel kapcsolatos információkhoz való hozzáférést, ezek megértését és mindezek alapján az egészséggel kapcsolatos döntései meghozatalát szolgálják. Az Egészségügyi Világszervezet európai egészségpolitikai programjában az egészségértés szintje mint az egészségmegőrzés és a jóllét fenntartásának záloga szerepel. [1. ábra]^{1, 2}

1. ábra: Az egészségértés modellje



Forrás: WHO, 2013 szerint, adaptálva: Sørensen K et al.²

A szülői egészségértés (*parental health literacy*) – vagyis a szülőknek a gyermek egészségével kapcsolatos döntésekhez használt tudása, ismeretanyaga, magabiztossága stb. – külön figyelmet érdemel, hiszen nemcsak a gyerekek aktuális egészségét befolyásolja, hanem hatással van a leendő felnőtt generáció egészségi állapotára, egészségügyi kiadásaira és az egészséggel kapcsolatos tudására és döntési útjaira is.^{3, 4, 5, 6}

Az egészségértés egyik dimenziója épp a betegségek megelőzésével kapcsolatos készségek és képességek milyensége.^{7, 8, 9, 10, 11}

A *humán papillomavírus* (HPV) elleni oltás az elsődleges preventív eszköze a HPV-fertőzéssel összefüggő megbetegedéseknek. Szervezett oltási program 2014 óta működik hazánkban, amelynek keretében a 12. életévüket betöltött és az általános iskola 7. osztályába járó lányok kapnak oltást kötelezően választható formában. Nemzetközi összevetésben az átoltottság magas (80%), azonban a szülők 1/5-e visszautasítja a térítésmentes oltás beadását.¹²

A szülők egészséggel kapcsolatos döntéseinek meghozatalában a hiteles szakemberként megjelenő kezelőorvos, gyermekorvos vagy védőnő szerepe esszenciális az ismeretanyag átadásában.^{7, 13} Ugyanakkor feltételezhető, hogy a döntés meghozatalában a nem tudásnak, a félinformációknak vagy épp a tévhiteknek is fontos szerepük lehet – ezek adott esetben akár az oltási programok sikerét is veszélyeztethetik.¹⁴

Ismeretes, hogy a kiegyensúlyozott, pontos tájékoztatásnak, célzott edukációnak egyértelműen jó hatása van a védőoltások felvételét tekintve.^{11, 15}

A tájékozott döntéshez megfelelő, kiegyensúlyozott tájékoztatásra van szükség, amiben a HPV-oltás esetében az iskolai egészségnevelés mellett a családorvos, a nőgyógyász, az (iskolai) védőnő és az iskolaorvos szerepe egyaránt fontos – az ő munkájukat is segíti annak megismerése, hogy a szülők döntéseire mely tudás- és attitűdelemek gyakorolnak közvetlen hatást. Kutatásunk célja az volt, hogy meghatározzuk a szülők általános és HPV-hez köthető egészségértését, és vizsgáljuk, az oltás felvételéről szóló döntés meghozatalában milyen elemek, milyen súllyal esnek latba.

MÓDSZEREK

Az egészségértési készségeket, képességeket a HLS-EU Q16 kérdőív^{9, 13, 16, 17} felhasználásával mértük, amely a HLS-EU Q47 kérdőív validált rövidített változata.^{10, 18, 19, 20, 21}

Ezt kiegészítettük a humán papillomavírussal kapcsolatos hiteket, ismereteket, félelmeket és a HPV-oltásról szerzett tudást vizsgáló kérdésekkel.

Az oltási döntések meghozatalával kapcsolatos kompetenciát egy olyan index segítségével mértük, amelyet négy darab, a HLS-EU Q47-ben található, oltással kapcsolatos változóból készítettünk. (*Menynyire esik nehezebbre: ...információt találni a szükséges védőoltásokkal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban?; ...megérteni, hogy miért van szüksége védőoltásokra?; ...megítélni, mely védőoltásokra lehet szüksége?; ...eldönteni, hogy szüksége van-e influenza elleni védőoltásra?*)

A 430 háztartást felölelő adatfelvétel 2017 márciusában zajlott az EUROBAROMETER mintavételi szabályainak megfelelő módon, személyes CAPI (*Computer-assisted personal interviewing*) megkérdezéssel. A minta reprezentatív volt a 0–18 éves gyermekeket nevelő magyar háztartásokra, a válaszadók a háztartásban élő gyermekek egészségével-betegségével kapcsolatos feladatokat legalább felerészben elvégző felnőttek voltak. A válaszadók 92%-a nő, 8%-a férfi volt. A háztartásokban átlagosan 1,9 gyermeket neveltek, az átlagos háztartásnagyság 3,9 fő volt.

EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk során a vakcinák kapcsán kiemelt figyelmet szenteltünk a szülők HPV-vel kapcsolatos ismereteinek, általános és gyermekspecifikus egészségértésének, tudásának, problémamegoldási készségeinek, illetve annak, hogy ezen készségek és ismeretek hogyan befolyásolják a HPV-oltással kapcsolatos döntéseiket. A vizsgált témakörökben létrehozott összetett mérőszámok, indexek lehetővé tették komplex összefüggések vizsgálatát:

1. egészségértés (HLS-EU Q16 *összesített egészségértési index*);
2. tudáselemek, ismeretek (*HPV-betegséggel kapcsolatos tudás, HPV-oltással kapcsolatos tudás*)

és egyedi változóként a HPV-oltás létezésének ismeretét is bevontuk az elemzésbe;

- 3. hitek, attitűdök (betegségtől való félelem);
- 4. vakcináció (a HLS-EU47-ből 4 további változóból képzett HLS-EU oltási kompetencia index) és a modellbe egyedi változóként bevontuk az általános oltási attitűdöt. (Ön szerint mennyire járul hozzá az ajánlott védőoltás egy csecsemő védelméhez a különböző betegségek kialakulásától?)

Korábbi adatokból ismert, hogy Magyarországon a felnőtt korú lakosság felének okoz problémát az egészségükkel kapcsolatos információk megszerzése, feldolgozása és felhasználása.^{18,19} Jelen vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy ez az arány gyermeket nevelő szülők között sokkal kedvezőbb: mindössze a válaszadók 24%-ánál talákoztunk korlátozott egészségértéssel [1. táblázat].

1. táblázat: Az összesített egészségértési index eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a magyar szülőkre (sorszázalékok)

HLS- EU Q16 Összesített egészségértési index	Korlátozott		Elégséges+ kitűnő	Átlag (0-50 pontos skála)	
	elégtelen	problémás			
Magyarország (n=954)	19	29	52	Átlag	32,3
				Szórás	7,8
Magyar szülők (n=415)	5	19	76	Átlag	38,0
				Szórás	8,2

Ennek háttérében a sokkal szorosabb egészségügyi támogatást (kötelező védőnői, háziorvosi látogatások) és a gyakran előforduló egészségügyi döntési helyzeteket – fertőző betegségek, balesetek, prevenció, stb. – is feltételezhetjük.

A prevenció egészség tudatosságát mérő alindexben elégséges és kitűnő szintet elérő magyar szülők aránya 73% volt, de még ez is jóval magasabb

eredmény, mint a korábban a teljes lakosságban mért 51%.¹⁹

A jelen kutatás egyik előzményét jelentő HSL-EUQ7 kérdőív tartalmaz 4 kérdést, amelyek az oltásokkal kapcsolatban vizsgálják az információ megszerzésének, megértésének, feldolgozásának és alkalmazásának készségeit, képességeit. [2. táblázat]^{18,19}

2. táblázat: Az oltási kompetencia indexet alkotó kérdésekre adott válaszok eloszlásai (sorszázalékok)

Kérem, adja meg ezen a skálán, hogy Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz...	N=	Nagyon nehéz 1	Inkább nehéz 2	Inkább könnyű 3	Nagyon könnyű 4
...információt találni a szükséges védőoltásokkal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban.	430	2%	11%	44%	44%
...megérteni, hogy miért van szüksége védőoltásokra.	429	2%	6%	33%	59%
...megítélni, mely védőoltásokra lehet szüksége.	429	4%	17%	37%	42%
...eldönteni, hogy szüksége van-e influenza elleni védőoltásra.	429	4%	20%	38%	38%

Ezekből a kérdésekből hoztuk létre a HLS-EU oltási kompetencia indexet, hasonlóan az összesített egészségértési indexhez egy 0-tól 50-ig terjedő skálán standardizáltuk az alábbi képlet alapján:

$$index = (\text{átlag} - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

Az így létrejött index magas értékei nagyobb kompetenciát fejeznek ki. Az oltási kompetencia index átlagos értéke 37,8 és szórása 10,7 a magyar szülők körében.

Korábbi magyar vizsgálatok azt mutatták, hogy a szülők harmada élt a nem kötelező védőoltások betegségmegelőző hatásával, ezen belül a HPV-ellenes oltást 1%-uk adatta be gyermekének.²⁰

Jelen vizsgálat alapján a védőoltásokba vetett bizalom magasabbnak bizonyult: a szülők 72%-a állította, hogy gyermeke vagy már megkapott vagy meg fog kapni legalább egy ajánlott védőoltást¹, ezen belül 11% már beadatta a HPV elleni védőoltást gyermekének. Ugyancsak a magasabb bizalmat támasztja alá, hogy amikor arról kérdeztük a szülőket, hogy véleményük szerint mennyire járulnak hozzá az ajánlott védőoltások egy csecsemő védelméhez egy 5-ös skálán, mindössze 1% mondta, hogy egyáltalán nem járul hozzá, 3%, hogy alig, 10% válaszolta, hogy „lehet, hogy igen, lehet, hogy nem”, 13%, hogy inkább hozzájárul, 72% szerint pedig teljes mértékben hozzájárul. Ennek a megkérdezett populáció szélesebb köre mellett, legalábbis a HPV esetében, egyértelműen az oltás bevezetésétől eltelt idő is oka lehet.

A magyar kutatások nagyon változatos adatokat mutatnak a lakosságnak a HPV-vel kapcsolatos ismereteiről. Ennek leginkább az lehet az oka, hogy mind a vizsgált a populáció, mind az elemzett

tudáselemek változatosak.^{2,15,16,19,22,23,24,25}

Ugyanakkor egyértelműen megállapítja minden korábbi és jelen kutatás is, hogy az ismeretek elmaradnak a kívánt szinthez képest. Marek Erika és munkatársainak széles körű vizsgálataiból azt is tudjuk azonban, hogy a célzott edukációnak nemcsak az ismeretanyagra van kimutatható hatása, hanem az oltás felvételére is.^{24,26}

Kutatásunk alapján a HPV elleni védőoltás ismert-

sége magas: a megkérdezettek 87%-a tudja, hogy létezik. A HPV-oltásról a létezésén túl már kevesebben tudták megmondani, hogy mire való (csökkenti a méhnyakrák kialakulásának esélyét: 76%), illetve hogy akkor is beadható, ha már megkezdte valaki a szexuális életét (65%), bár e két kérdésben a szülők többsége még mindig helyes választ adott. Aggasztó ugyanakkor, hogy a válaszadók 40%-a úgy érezte, nem tudja megítélni, hogy a védőoltás okozhat-e autoimmun megbetegedést. [3. táblázat]

A HPV-betegséggel kapcsolatos tudások, hiedelmek kapcsán csak a válaszadók kis részét érintette, de fontos megemlíteni, hogy 13%-uk igaznak gondolta, vagy nem tudta megítélni, hogy igaz-e, hogy ha egy lány szűzen megy férjhez, akkor nem kaphat el nemi betegséget. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy, ha szűkebb társadalmi rétegekben is, de olyan kevésbé ismert tévhitek is élhetnek, amelyek döntően befolyásolhatják egészségügyi döntéseket.

Sokkal szomorúbb eredményeket hozott, amikor arról kérdeztük a szülőket, hogy vajon a fiúkon, férfiakon is okozhat-e rákos megbetegedést a HPV. Erre a kérdésre a válaszadók 76%-a vagy rosszul válaszolt vagy nem tudott válaszolni.[4. táblázat]

A betegségtől való félelem kapcsán azt vizsgáltuk, a szülőket miként befolyásolják a betegségről szerzett ismeretek az ajánlott védőoltások beadatásával kapcsolatosan. Azt tapasztaltuk, hogy bár a többség figyelembe veszi a betegség súlyosságát, a fertőzés valószínűségét és a lehetséges szövődmények komolyságát, azonban ezek nem elsődleges döntési tényezők. Ahogy arról a cikk elején írtunk, a legfontosabb döntésbefolyásoló szerepük a gyermekorvosoknak (TOP3 említés: 78%) és a védőnőknek van (TOP3 említés: 42%). [5. táblázat]

A háztartások 33%-ában vagy már beoltatták gyermeküket, vagy tervezik, hogy beoltatják. A HPV-oltási hajlandóságban nagy szerepet játszik a kérdéses gyermek neme: a lánygyermekes esetében 46% tervezi oltatni vagy már be is oltatta, míg fiúgyermekes esetében mindössze 19%. [6. táblázat]

¹ Rotavírus, bárányhimlő, influenza, HPV, gennyes agyhártyagyulladás B vagy C típusa vagy kullancs terjesztette agyhártyagyulladás ellen

3. táblázat: Ismeretek a HPV-oltásról a magyar szülők körében (sorszázalékok)

(N=430)	Igaz	Hamis	Nem tudja
A HPV/humán papillomavírus elleni védőoltás csökkenti nőknél a méhnyakrák kialakulásának esélyét.	76	10	15
A HPV-oltás akkor is beadható, ha valaki már megkezdte a szexuális életét.	65	12	23
A HPV-oltás autoimmun megbetegedést okoz.	13	48	40

A helyes válaszok arányát dőlttel kiemeltük.

4. táblázat: Ismeretek a HPV-betegségről a magyar szülők körében (sorszázalékok)

(N=430)	Igaz	Hamis	Nem tudja
Ha egy lány szűzen megy férjhez, akkor nem kaphat el nemi betegséget később sem, mert ilyesmit csak a „könnyűvérű” lányok kapnak el.	7	87	6
A HPV/humán papillomavírus fiúkon, férfiakon is okozhat rákos betegséget.	24	40	36

A helyes válaszok arányát dőlttel kiemeltük.

5. táblázat: Félelem a betegségtől a magyar szülők körében (sorszázalékok)

Rangsorolja az ön döntésére ható szempontokat aszerint, hogy melyik játszott a legfontosabb szempontot a döntésében, melyik a másodikat és így tovább! (N=430)				
	1. említés	2. említés	3. említés	További említések
Mennyire tartom súlyosnak a betegséget, amelyre a védőoltás való?	8	17	14	31
Mennyire látom valószínűnek, hogy gyermekem elkaphatja a betegséget, amelyre a védőoltás való?	4	8	9	42
Mennyire tartok a betegség lehetséges szövődményeitől?	2	5	8	47

6. táblázat: HPV-oltási hajlandóság kiskorú gyermekekre vonatkozóan (sorszázalékok)

HPV elleni oltás (Silgard, Gardasil 9, Cervarix) beadatása	Összes (n=430)	Fiúgyermek esetén (n=217)	Lánygyermek esetén (n=213)
Nem kapta meg, nem fogja megkapni	48	60	36
Meg fogja kapni	21	11	33
Már megkapta	11	8	13
Nem tudja/Nem válaszol	20	21	19

A szülői egészségértés és a gyermekek oltottsága közti kapcsolat a szakirodalom alapján nagyban függ az adott társadalomban a fertőző betegségek jelenlététől, az egészségügyi ellátás elérhetőségétől, az oltások hozzáférhetőségétől is.^{17,27}

Annak érdekében, hogy megvizsgáljuk, miként hatnak a különböző tényezők a HPV-oltási hajlandóságra, többváltozós regresszioelemzést végeztünk. E módszer nagy előnye, hogy a regressziós együtthatókat parciálisan mutatja meg, tehát úgy láthatjuk egy változó hatását az oltási hajlandóságra, hogy abból már ki van szűrve a modellben lévő összes többi változó hatása, amelyek torzíthatnák az összefü-

gést. A modellben a független változó a HPV-oltatási hajlandóság volt, magyarázó változóként pedig bevontunk a létrehozott összetett változókat, valamint attitűdre vonatkozó változókat, továbbá néhány egyedi kérdést.

Nem meglepő módon a regressziós összefüggések jelen kutatásunkban is azt mutatták ki, hogy az oltás beadatását a következő tényezők közvetlenül erősítik: (1) a betegség elleni védőoltás létezésének ismerete; (2) a betegségről és az oltásról való tudás magasabb szintje; (3) a védőoltásokkal kapcsolatos pozitív attitűd; ez utóbbiakat erősíti a magasabb egészségértési szint. [7. táblázat]

7. táblázat: A HPV-oltási hajlandóság magyarázata lineáris regressziós modellben (standardizált regressziós együtthatók)

	Béta
Összesített egészségértési index	-,043
HPV betegséggel kapcsolatos tudás	,098
HPV-oltással kapcsolatos tudás	,162
Félelem a betegségtől	,026
Általános oltási attitűd	,139
HPV-oltás létezésének ismerete	,209
Oltási kompetencia index	,010

A nem szignifikáns eredményeket dőlttel jelöltük. Minden más korreláció szignifikáns 0,05-ös szinten.

A HPV-oltás esetén azt tapasztaltuk, hogy a HLS-EU Q16 összesített egészségértési indexben és az oltási kompetencia indexben elért szint csak közvetett hatást fejt ki az oltás felvételére, az oltással kapcsolatos tudáson és az általános oltási attitűdön keresztül. A vizsgált háztartások szociodemográfiai jellemzői nincsenek hatással a HPV-oltás beadatására mutatott hajlandóságra. Ez alól egyedül a válaszadó szülő vagy gondviselő iskolázottsága mutat kivételt: azok körében, akik nem is tervezik beoltatni gyermeküket, szignifikánsan nagyobb arányban fordulnak elő a legfeljebb 8 általánost végzett szülők (52%), mint azok között, akik már beoltatták vagy be fogják oltatni (22%). Az ennél magasabb iskolai végzettségű szülők arányaiban nincs eltérés (z-teszt, $p=0,05$).

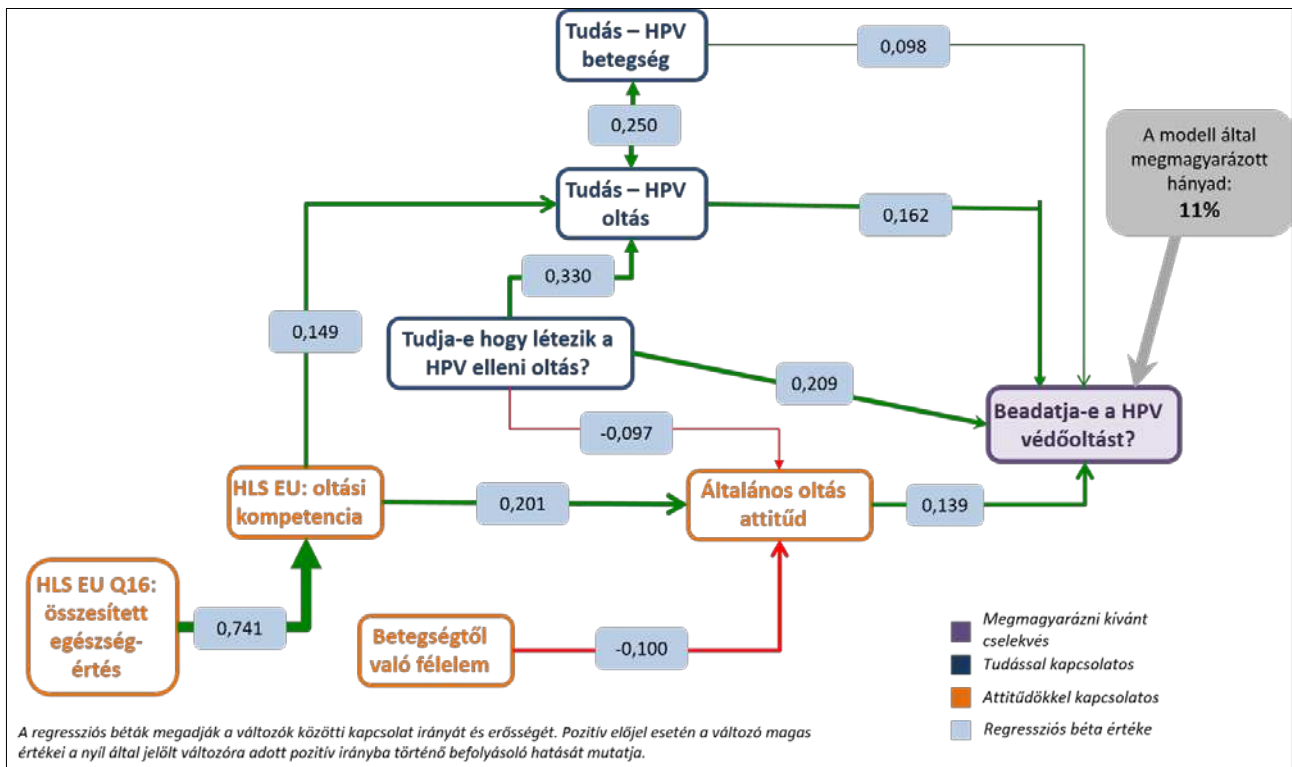
Egy összefoglaló útmodell segítségével tártuk fel, hogy a HLS-EU Q16 összesített egészségértési indexben és az oltási kompetencia indexben elért szint, valamint a félelem a HPV-betegségtől miként, a közvetlenül hatást gyakorló változókkal milyen összefüggésben fejtik ki hatásukat a gyermekek egészségével kapcsolatos döntést hozók HPV-oltási hajlandóságára. Az útmodell a szociológiai kutatások során oksági összefüggések feltételezésekor használatos, amelyek feltárására egymásra épülő lineáris regressziós modelleket állítunk fel. A feltételezett összefüggéseket egy diagramon ábrázoltuk, ahol a statisztikailag szignifikáns összefüggések erejét és irányát is bemutatjuk.

Azt találtuk, hogy az összesített egészségértési index magasabb értékével együtt jár az oltási

kompetencia magasabb foka. A magasabb oltási kompetencia pedig a HPV-oltás esetében magasabb szintű tudást eredményez magáról az oltásról, és pozitívan hat az oltásokkal kapcsolatos általános attitűdre is. Ezen a két változón keresztül közvetlen a magasabb oltási kompetencia pozitív irányba befolyásolja a szülők HPV-oltási hajlandóságát. Az általános oltási attitűdre érdekes módon a HPV-betegségtől való félelem megléte, valamint a HPV-oltás létezéséről tudás is negatívan hat, ami mindenképpen további vizsgálódásra érdemes. Kulcskérdésnek tűnik, hogy tudomása van-e a szülőknek a HPV-oltás létezéséről. A HPV-oltás létezésének ismerete nem meglepő módon magasabb tudásszintet eredményez a HPV-oltásról és pozitívan befolyásolja a beadási hajlandóságot.

A HPV-betegségről megszerzett tudás nem függ az összesített egészségértési indextől. A HPV-betegségről való tudás viszont szignifikáns összefüggést mutat a HPV-oltásról megszerzett ismerettel. Míg az oltással kapcsolatos három tudáselemben a szülők közel fele-kétharmada jó választ adott, addig a szorosabban a betegséghez kapcsolódó elem (férfiaknál is okozhat rákot) estében ez mindössze ¼-volt, ezért felmerült, hogy az oltás kapcsán jutnak információkhoz a betegségről, nem pedig a betegségről szerzett tudás miatt informálódnak az oltásról. Mind a HPV-betegségről, mind az oltásról szerzett tudás magasabb szintje pozitívan befolyásolja a HPV-védőoltás beadatási hajlandóságát a szülők körében. [2. ábra]

2. ábra: Útmodell diagram a HPV-oltási hajlandóság magyarázatára (regressziós béták)



Forrás: saját szerkesztés

Természetesen a vizsgált tényezőkön kívül számos egyéb dolog befolyásolja, befolyásolhatja a szülők döntését, ilyen lehet az oltás elérhetősége és ára (ha nem elérhető ingyenesen), családi előtörténet rákos megbetegedésekkel kapcsolatban stb., ám ezek feltárása nem képezte a kutatás tárgyát.

ÖSSZEGZÉS

Kutatásunkban első alkalommal vizsgáltuk egyszerre a szülő egészségértést, a HPV-vel kapcsolatos ismereteket és a védőoltás felvételét befolyásoló tényezőket. Megállapítottuk, hogy a gyermeket

nevelő szülők egészségértési szintje magasabb, mint az átlag felnőtt korú lakosságé hazánkban, ugyanakkor a HPV-vel kapcsolatos ismeretek jóval elmaradnak az ideálistól. Fontos felismerés, hogy a HPV-oltás felvételét nemcsak a vírussal kapcsolatos ismeretek befolyásolják, hanem az oltásnak az ismerete is.

Az útmodell használatával első alkalommal modelleztük egy ajánlott védőoltás felvételét befolyásoló tényezők erejét, irányát.

Vizsgálatunk alapján beláttuk, hogy az egészségértés, bár általánosságban fontos befolyásolója az egészséggel kapcsolatos döntéseknek, a HPV-oltással kapcsolatban a szülői populációban csak közvetett hatással van a döntésre. Eredményeink arra

utalnak, hogy a HPV-fertőzés ismerete, a vírus következtében kialakuló betegségekről való tudás megléte vagy hiánya sokkal fontosabb elemei ennek a döntésnek.

Ez a felismerés azért fontos, mert lehetővé teszi, hogy célzott edukációval rövid távon és közvetlenül is hatni tudjunk a szülők döntésére, emellett a gyermekek szemléletének formálásával, az ő egészségértésük javításával az ő felnőttkori döntéseiket is az egészségmegőrzés, a megelőzés irányába fordíthatjuk.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatást az MSD támogatta.

HIVATKOZÁSOK

¹ WHO Regional office for Europe. Health literacy. The solid facts. 2013.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (Elérve: 2017.11.26.)

² Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):80-93. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.

³ Gács Z, Berend K, Csanádi G, et al. A new questionnaire for the assessment of parental health literacy (Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére) *Orvosi Hetilap*. 2015;156(42):1715-8.

<http://akademiai.com/doi/abs/10.1556/650.2015.30237> (Elérve: 2017.11.26.)

⁴ Kumar D, Sanders L, Perrin EM, et al. Parental Understanding of Infant Health Information: Health Literacy, Numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Academic Pediatrics*. 2010,10(5):309-16. doi: 10.1016/j.acap.2010.06.007.

⁵ Jary D, Jary J. *Collins dictionary of Sociology*, 2005. 448-449.

⁶ Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016;0:1-7. doi: 10.1136/jech-2015-206910.

⁷ ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about hesitancy. Stockholm: ECDC; 2016. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-hesitancy-vaccination-guide.pdf> (Elérve: 2017.11.26.)

⁸ ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about protection. Enhancing childhood vaccination uptake Communication guide for healthcare providers. 2012. Revised edition, Stockholm: 2016. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-protection-vaccination-guide.pdf> (Elérve: 2017.11.26.)

⁹ Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, et al. Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine*. 2016;34(41):5013-20. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.08.029.

¹⁰ Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.

¹¹ Wegwarth O, Kurzenhauser-Carstens S, and Gigerenzer G, et al. Overcoming the knowledge-behavior gap: The effect of evidence-based HPV vaccination leaflets on understanding, intention, and actual vaccination decision. *Vaccine*. 2014;32(12):1388-93. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.12.038.

¹² ÁNTSZ, HPV: több mint 70 ezer oltás, 18 bejelentés, 0 súlyos oltási reakció, 2015.07.15.

https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/hpv/hpv_okne.html (Elérve: 2017.11.26.)

¹³ Erős E, Supák D. Szexuális felvilágosítás – eleget teszünk-e a kamaszokért? (Sex education - do we fulfill definitely for teenagers?) *Gyermekgyógyászat*. 2011;62(1):23-6.

¹⁴ Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016;12:295-301. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.08.042.

- ¹⁵ Brewer NT, Hall ME, Malo TL, et al. Announcements Versus Conversations to Improve HPV Vaccination Coverage: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2017;139(1). doi: 10.1542/peds.2016-1764.
- ¹⁶ Jary D, Jary J. *Collins dictionary of Sociology*, 2005.448-449.
- ¹⁷ Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2015;69(9):849-857. doi: 10.1136/jech-2014-205436.
- ¹⁸ Koltai J, Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(3):3-20. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=62> (Elérve: 2017.11.26.)
- ¹⁹ Koltai J, Kun E. Egészségértés Magyarországon a nemzetközi eredmények tükrében. *Orvostovábbképző Szemle*. 2016;23(9):77-80. http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/egeszsegertes_magyarorszagon_a_nemzetkozi_eredmenyek_tukreben (Elérve: 2017.11.26.)
- ²⁰ Márton H, Szövetes M, Pásti G, et al. Hogyan védik gyermekeik egészségét a szülők? (What kind of way do the parents select to protect their children's health?). *Gyermekgyógyászat*. 2009;60(5):205-10. <http://mob.gyemshi.hu/detailsperm.jsp?PERMID=72914> (Elérve: 2017.11.26.)
- ²¹ Pati S, Feemster KA, Mohamad Z, et al. Maternal health literacy and late initiation of immunizations among an inner-city birth cohort. *Matern Child Health J*. 2011;15(3):386-94. doi: 10.1007/s10995-010-0580-0.
- ²² Balla BC, Terebessy A, Tóth E, et al. A fiatal magyar férfiak attitűdje a HPV-oltással kapcsolatban/The attitude of Hungarian male high school students' concerning the HPV vaccine. *Egészségtudomány*. 2017;61(1):38-53. <http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2017-1/2017-1.pdf> (Elérve: 2017.11.26.)
- ²³ Marek E, Dergez T, Rebek-Nagy G, et al. Adolescents' awareness of HPV infections and attitudes towards HPV vaccination 3 years following the introduction of the HPV vaccine in Hungary. *Vaccine*. 2011;29(47):8591-8. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.09.018.
- ²⁴ Marek E, Dergez T, Rebek-Nagy G, et al. Effect of an educational intervention on Hungarian adolescents' awareness, beliefs and attitudes on the prevention of cervical cancer. *Vaccine*. 2012;30(48):6824-32. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.09.012.
- ²⁵ Millei K, Vajda R, Kívés Z, et al. HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében. *Egészségfejlesztés*. 2015; 56(3):9-16. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=rt&op=printerFriendly&path%5B%5D=102&path%5B%5D=0> (Elérve: 2017.11.26.)
- ²⁶ Marek E, Dergez T, Bozsa S, et al. Incomplete knowledge – unclarified roles in sex education: results of a national survey about human papillomavirus infections. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20(6):759-68. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01258.x.
- ²⁷ Pati S, Feemster KA, Mohamad Z, et al., Maternal health literacy and late initiation of immunizations among an inner-city birth cohort. *Matern Child Health J*. 2011;15(3):386-94. doi: 10.1007/s10995-010-0580-0.

Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre? Why do we need community-based health promotion?

Szerző: Benyó Béla ✉

Sárospataki Református Teológiai Akadémia; Országos Közegészségügyi Intézet

Beküldve: 2017. 11. 14.

doi: 10.24365/ef.v58i4.209

Bevezetés: Az Ottawai Nyilatkozat lendületet és teret adott a közösségalapú egészségfejlesztési elméletek és gyakorlati politikák megfogalmazásának. Azóta számos elmélet és bizonyítottan hatásos beavatkozási módszer látott napvilágot e témakörben. Ezek közül néhány kiállta a gyakorlat próbáját és a jó gyakorlatok sorába került. A kutatók kimerítő vitát folytattak a közösségi bevonódás szintjeiről, módjairól, jellemzőiről, azok egymáshoz való kapcsolódásokról. Tisztázták a közösségi részvétel, felhatalmazottság mibenlétét és folyamatjellegét, amely végül munkadefinícióként a WHO Európai Regionális Irodája által is elfogadást nyert. A közösségi felhatalmazottság fogalmának tisztázása gyakorlati jelentőséggel bír, mert meghatározza a közösség szerepét az egészségfejlesztés során, melynek jelentőségét nehéz túlbecsülni. Ennek eredményeképpen válhat valóssá az az elv, hogy a közösség egészségét alapvetően meghatározza, hogy milyen mértékben képes a közösség kontrollálni az egészségkockázati tényezők alakulását. A változás igénye elérte hazánkat is, a népegészségügy intézményrendszerének reformja a figyelem középpontjába helyezi a közösség szerepének értelmezését. Éppen ezért aktuálissá vált a téma elméleti áttekintése, összefoglalása. A cikk erre tesz kísérletet.

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; közösségi részvétel; felhatalmazottság; hatalomnélküliség; kapacitásfejlesztés

Introduction: The Ottawa Charter gave an impetus and space to the development of community-based theories and health promotion practices. Since that numerous theories and evidence-based methods have emerged in this field. Some of them were satisfactory in practice and became part of the good practices. There has been intense debate between researchers on the level of community involvement, its ways, characteristics and their connections. These debates led to the clarification of the meaning of community participation and empowerment arriving at the idea of being a continuum. Finally, this became accepted by the WHO European Regional Office as working definition of empowerment. The clarification of community empowerment has practical benefits since it takes into account the important role played by the community in the process of health promotion, therefore, it is hard to overestimate its significance. As a result of this new approach, it is easy to understand that the health of a community merely depends on to what extent the community is able to control risk factors in health. Hungary realized the need for changes and the planned public health reform focuses on the role of communities and community-based empowerment. Therefore, the need arose to summarize the theories related to community involvement. The article makes an attempt to this.

Keywords: health promotion; community participation; empowerment; powerlessness; capacity building

BEVEZETÉS

Az egészségfejlesztésben élenjáró országok szakemberei a '80-as és '90-es években késhegyre menő vitát folytattak a közösségalapú egészségfejlesztés elméleti és gyakorlati kérdéseiről. Ezért az egészségfejlesztés közösségi beágyazottsága, a közösségalapú egészségfejlesztés bővelkedik szakirodalmi forrásokban. A közösségalapú megközelítés gondolata nem véletlenül kapcsolódik azokhoz az országokhoz, amelyek később otthont adtak az egymást követő nemzetközi konferenciáknak. Azok az országok, amelyek nagy kiterjedésűek, mint például Kanada, az USA vagy Ausztrália jelentős közösségi hagyományokkal rendelkezik. Ezekben az államokban a nagy távolságok miatt a központi hatalom mellett egy decentralizált hatalmi struktúra és ennek következtében a decentralizált struktúrákban való gondolkodás is meghonosodott. Így nem meglepő, hogy ezen országok jártak élen a közösségalapú egészségfejlesztési programok megfogalmazásában is. Ez a szemlélet a máig a legnagyobb hatású nemzetközi dokumentumot, az Ottawai Nyilatkozatot is áthatotta. A közösségi részvétel legnagyobb élharcosa a WHO, 1986-ban az Ottawai Nyilatkozatban az öt megnevezett cselekvési terület egyikeként a „közösségi lépések megerősítését” az egészségfejlesztés egyik központi kérdésévé tette. Ezt a törekvést jól példázza az Ottawai Nyilatkozat idevonatkozó része:

„Az egészségfejlesztés a jobb egészségi állapot elérése érdekében – konkrét és hatékony közösségi tevékenységgel – prioritásokat állít fel, döntéseket hoz, stratégiákat tervez és végrehajtja azokat. E folyamat magvát a közösségek hatalommal való felruházása képezi; az, hogy tulajdonosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek és sorsuknak.”¹

Az egymást követő nemzetközi konferenciák (Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997; Mexikó, 2000; Bangkok, 2005) mind foglalkoztak ezzel a témával, és sorra megerősítették a közösségi részvételének a fontosságát az egészségfejlesztési politikák megfogalmazásában és végrehajtásában. Így nem meglepő, hogy a Dzsakartai Nyilatkozat is a közösségi szemléletet tekintette kiindulópontnak,

amikor a közösségi kapacitás és az egyének hatalommal való felruházásának növelését nevezte meg prioritásként.² Az 1992-es ENSZ Környezet és Fejlődés Konferencia deklarálta, hogy a közösségek aktív részvétele alapvető a környezetvédelmi, gazdaságilag és társadalmilag fenntartható fejlődéshez és sürgette a helyi hatóságokat, hogy kezdeményezzenek konzultációt és folytassanak konszenzushoz vezető tárgyalásokat állampolgáraikkal, helyi hatóságaikkal és fogalmazzák meg saját fenntartható fejlődési stratégiájukat. Ezt a koncepciót a WHO Európai Regionális Irodája is kiindulópontnak tekintette, amikor megfogalmazta a „Health 21” elnevezésű programot. A dokumentum támogatta a részvételen alapuló egészségfejlesztés folyamatát, azt, amely „felhatalmazza az egyént, a helyi közösségeket, a privát valamint az önkéntes szervezeteket az egészségfejlesztés különböző színterein, pl. otthon, a munkahelyeken, az iskolákban és a városokban”.³

Természetesen a WHO sem kerülhette meg azt a feladatot, hogy definiálja a közösségi részvétel fogalmát, hiszen elfogadott értelmezés nélkül annak gyakorlatba való átültetése sem lett volna lehetséges. Ezért a WHO Európai Regionális Irodája Bracht és Tsouros, valamint Smithies és Webster elméleti munkásságát alapul véve az alábbi definíciót javasolta a közösségi részvétel fogalmára:^{4,5}

„A közösségi részvétel egy folyamat, amelynek eredményeképpen az emberek képessé válnak aktívan és hitelesen részt venni az őket érintő kérdésekben, döntéseket hozni azokról a körülményekről, amelyek meghatározzák életüket, képesek politikákat megfogalmazni és azokat végrehajtani, szolgáltatásokat nyújtani és fejleszteni, valamint változásokat eredményező akciókat szervezni”.⁶

A koncepciók körüli viták azóta már elmozdultak a közösségi kapacitás és a szociális kapacitás irányába, de a közösségi felhatalmazottságⁱ mint téma és gyakorlat mit sem veszített fontosságából. A közösségalapú egészségfejlesztés napirendre tűzését az teszi aktuálissá hazánkban, hogy évek óta folynak az előkészületek a népegészségügyi intézményrendszer megreformálására, így lehetőségünk adódik figyelembe venni, alkalmazni az e területen

ⁱ Az angol nyelvben az EMPOWERMENT kifejezés honosodott meg a hatalommal való felruházás fogalmára, amelyre magyarul a „felhatalmazottság” kifejezést használom. Megjegyzendő, hogy a kifejezés egyrészt a hatalommal való ellátottságot, másrészt a tevékenység ellátásához szükséges kompetenciákkal való felvértezettséget is jelenti.

felhalmozódott nemzetközi tapasztalatokat. A Széchenyi Terv keretében 2011-ben kiírt, TÁMOP-6.1.2/11/3 és TÁMOP-6.1.2/11/LHH/B kódszámú pályázati felhívások nyomán, jelentős lemaradással ugyan, de Magyarországon is elkezdődött az egészségfejlesztés intézményes átalakítása. Ennek egyik eredménye, hogy 61 egészségfejlesztési iroda jött létre és kezdte meg működését 2013 és 2014 között. Az intézkedés célja, hogy a járási szintű prevalencia alapján, helyi egészségtervben megfogalmazott, bizonyítottan hatásos beavatkozási módokat dolgozzon ki és ültessen át a gyakorlatba. Ez a folyamat szerencsére nem áll le, ez év nyarán elkezdődött az EFOP 1.8.0 számú projekt, melynek egyik legfontosabb célja kibővíteni és hálózattá szervezni a már korábban létrehozott, egészségfejlesztéssel foglalkozó intézményeket, továbbá egységes szakmai tartalommal, módszertannal támogatni őket.

Ez az intézkedés jó alkalom a közösségalapú egészségfejlesztés elméletének áttekintésére: meddig jutottak ebben a témában az élenjáró országok, melyek azok a közösségi elméletek, amelyek markánsan meghatározták az egészségfejlesztési programok tartalmát. Az áttekintésben az a nem titkolt szándék vezet, hogy utat nyissak a jó gyakorlatok magyarországi adaptálása előtt. Jelen írásomban sem az elméletek gyakorlati megvalósításával, sem azok kritikájával, értékelésével nem foglalkozom. Ez alkalommal az egészségfejlesztés közösségi megalapozottságát alátámasztó érveléseket mutatom be: miért van szükség a közösség részvételére, felhatalmazottságra, továbbá hogy ez miképpen befolyásolja az egészségfejlesztési programokat. Ennek keretében részletesen elemzem azokat a koncepciókat, amelyek a közösség bevontságát eredményezik. Mindenekelőtt azonban azt kell tisztázni, hogy miért szükséges a közösség részvétele az egészségfejlesztésben.

MI INDOKOLJA A KÖZÖSSÉG BEVONÁSÁT AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉGEKBE?

Az elmúlt évtizedekben számos elmélet és írás (pl. Schurman, Israel és még sok más szerző) foglalkozott azzal a problémával, hogy miképpen befolyásolja a hatalomnélküliség az egészség-magatartás alakulását, vagy annak ellenkezőjével, miképpen hat

a közösség felhatalmazottsága az egyének egészség-magatartására.^{7,8,9} Széles körű – a WHO dokumentumaiban is rögzített – konszenzus alakult ki a különböző egészségfejlesztéssel foglalkozó szerzők között abban, hogy az egészség egyik fontos feltétele, hogy az egyének képesek legyenek kontrollálni az egészségüket befolyásoló kockázati tényezőket. Ez a képesség közösségi szinten leggyakrabban a részvételi formák működésében ölt testet.

A részvételi formák jelentősége abban van, hogy az interperszonális kapcsolatok kontrollálása révén megteremtik a lehetőségét annak, hogy az egyén képes legyen befolyásolni a döntési folyamatot. A résztvevő saját maga az, aki ebben a folyamatban megszerzi a befolyás lehetőségét, azonosítja a problémát és megoldási javaslattal áll elő. Ez a forma ugyan bevonja az egyént az egészségfejlesztési program megvalósításába, ami cserében fejleszti személyes kapacitásait, kompetenciáit, de nem szükségszerűen eredményezi a közösség megerősödését az életkörülményeket befolyásoló tényezők ellenőrzésében. Ehhez, mint később látni fogjuk közösségi identitásra, közös célok megfogalmazására és végrehajtására van szükség.

A participatív technikák fejlődésének következtében ma már nem az a kérdés, hogy szükséges-e, inkább az, hogy egyáltalán képes-e az egyén, és ha igen, milyen mértékben képes az egészségét befolyásoló tényezők kézben tartására. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők között ugyanis szép számmal vannak olyanok is, amelyek túlmutatnak az egyén hatókörén, amelyekre már mint egyén nem képes hatást gyakorolni. Ezek jelentős része társadalmi eredetű, ebből fakadóan kontrollálásuk is csak közösségi, társadalmi szinten képzelhető el.

James és más szerzők szerint a részvételi és együttműködési modellek azt a célt szolgálják, hogy az egyént és a közösséget ellássák a tevékenység eredményességéhez szükséges felhatalmazottsággal.^{10,32} Azonban a megkülönböztető jegy a részvétel és a felhatalmazottság között a folyamat céljában és tartalmában van. A felhatalmazottságnak explicit céljai vannak, nevezetesen szociális és társadalmi változások facilitálása, melyek a mi esetünkben az egészség-magatartás változásában, egészségesebb életfeltételek kialakulásában jelennek meg. Ennek formája pedig a közösségi aktivitás.

A közösségi részvétel szükségessége mellett érvel Rifkin is, amikor azt állítja, hogy egy egészségfejlesztés-

tési programban az érdekgazdákⁱⁱ nagyobb valószínűséggel köteleződnek el akkor, ha nem csupán részt vesznek a döntéshozatalban vagyis participatív a szerepük, hanem inkább akkor, amikor kialakul bennük a „tulajdonosság” érzete, vagyis az számít, hogy a program tulajdonosainak érzik-e magukat vagy csupán a folyamat résztvevőinek.¹¹

A közösségi megközelítés előnyeit hangsúlyozza az a szociálpszichológiai megfigyelés is, mely szerint az eltervezett magatartás-változás létrejötté valószínűbb, ha az közösségi környezetben történik illetve, fenntarthatóbb, ha az a befogadó közösség jóváhagyásával történik. Ezek alapján jó okunk van azt feltételezni, hogy egészséggyenlőtlenség kezelése – amely nélkülözhetetlen tényezője az egészségfejlesztési programoknak – szintén sikeresebb lehet közösségi keretek között hiszen, mint oly sok egyenlőtlenség, ez is társadalmi gyökerű. Úgy is értelmezhetjük, hogy az egészséggyenlőtlenség kialakulása a kockázati tényezők egyenlőtlenségének az eredménye. Ez a megközelítés tükröződik az ún. szociális modell koncepcióban – erről még a későbbiekben lesz szó –, amely szerint a jó egészség nagymértékben függ attól, hogy az egyén milyen mértékben jut hozzá a kulcsfontosságú anyagi forrásokhoz vagy feltételekhez. Egyetértés alakult ki az egyes szerzők között a tekintetben is, hogy az említett források feletti rendelkezés képessége aktív módon befolyásolja az egészséget meghatározó kockázati tényezők alakulását. Egészséggyenlőtlenség akkor keletkezik, amikor ezekhez a forrásokhoz való hozzáférés eltérően alakul az egyes emberek esetében, vagyis egyik ember jobban ki van téve az egészségkockázati tényezőknek, mint a másik.¹²

Az említett szakirodalmi példák arra engednek következtetni, hogy a közösség részvételén keresztül megvalósuló felhatalmazottság ténylegesen képes hozzájárulni egy heterogén csoport tagjainak a kapacitás és kompetencia növekedéséhez. Főleg azok számára érhető el ez tapasztalás, akik közös célokban és problémákban osztoznak, valamint képesek közösségi együtt cselekvésre is. Miután körbejártuk az egyén és a közösség szerepét a kockázati tényezők ellenőrzésében, tekintsük át, mit is jelent a részvétel, a felhatalmazottság, és milyen megközelítések születtek ebben a témában!

A KÖZÖSSÉGALAPÚ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FOGALMA

Mielőtt rátérnénk az elméleti megközelítések részletes bemutatására, meg kell ismerkednünk a legfontosabb modellekkel, melyek jól tükrözik a felhatalmazottság értelmezésében fellelhető lényegi különbségeket, mert – mint ahogy azt a későbbiekben látni fogjuk – nem mindegy, hogy az egyén, a szervezet vagy a közösség szintjén megvalósuló felhatalmazottságról beszélünk. A szakirodalom három versengő modellt tesz említést. Ezek alapvető szemléletbeli különbséget tükröznek, és egyúttal kijelölik az egészségfejlesztési beavatkozások célcsoportját is. A legkevésbé komplex és ezért talán a leginkább kézenfekvő megközelítés a „medikális modell” koncepció, amely az egészségfejlesztési beavatkozások során kizárólag az egyénre fókuszál és csak a fizikai környezetben lévő egészségkockázatokat veszi figyelembe, a társadalmi jellegűeket nem. Ezzel szemben a „szociális modell” az egyén egészségét meghatározó társadalmi-gazdasági feltételeket tekintti alapvetőnek. Nem nehéz belátni, hogy a kettő közötti különbség alapvető jelentőségű, különös tekintettel az alkalmazott módszerekre, hiszen az egészségfejlesztési beavatkozás célcsoportjának meghatározásával, egyúttal azt a környezetet is kijelöljük, amelyre a szereplőknek az egészségfejlesztési program végrehajtása során befolyásuk lesz. A „komplementer modell” még ennél is tovább megy. A Dailly és Barr szerzőpáros azt vallja, hogy a még bizonyítottan hatásos beavatkozások sem lehetnek eredményesek az egyén magatartásának befolyásolásában, ha nem teszik lehetővé az egyént befogadó csoport közösségi entitásként való megnyilvánulását, a közösségi lét feltételeinek alakítását.¹³ Első ránézésre talán nem egyértelmű, de a koncepciók mögött jelentős polémia hódol meg az egészséget meghatározó tényezők jellegével kapcsolatosan. Miután tisztáztuk a különböző modellek szerepét a fogalomhasználatban, már könnyebb dolgunk van a felhatalmazottság értelmezését illetően is. A felhatalmazottság legáltalánosabb értelemben az egyének arra a képességére utal, ami által lehetősége nyílik az egészségi állapotát befolyásoló személyes, társadalmi, gazdasági kockázati tényezők kontrollá-

ⁱⁱ A magyarban a stakeholder fordítására használt kifejezés

lására. Kindervatter, Zimmerman, Rappaport és Gutierrez szerint a felhatalmazottság azt a cselekvési képességet is jelenti, amelynek révén az egyén és a közösség képessé válik ezeknek a feltételeknek a befolyásolására. Tehát egyszerre pozitív és proaktív szemben az egészségszolgáltatással, amely reaktív megközelítésű.^{14,15,16}

A felhatalmazottság hatókörét alapvetően meghatározza az, hogy kire is irányul. A felhatalmazottságot ezért gyakran a beavatkozás szintje szerint csoportosítják, így beszélhetünk egyéni, szervezeti vagy közösségi szintű felhatalmazottságról.

Az *egyéni felhatalmazottság* az egyénnek arra a képességére utal, hogy a személyes élete felett kontrollt gyakoroljon. Ennek része az önbecsülés, az önbizalom, amely a személyes kompetenciák megélésén alapul. Ezen túl még magában foglalja a szociális és politikai környezet kritikai megközelítését, a rendelkezésre álló források ismeretét is. Tehát a felhatalmazottságnak ez a megközelítése, amely a személyes hatékonyság és kompetencia kombinációja, végül elvezet a feltételek feletti kontroll érzéséhez. Zimmermann szerint az egyéni felhatalmazottság azt a részvételi folyamatot jelenti, amelynek révén az egyén befolyást gyakorol intézményekre és döntési alternatívákra.^{17,18} Ugyanakkor ez szorosan kapcsolódik a szervezeti és a közösségi felhatalmazottsághoz, mert az egyén csak ezeken az intézményeken keresztül fejlesztheti a kontroll képességét, a személyes kompetenciáját, a társadalmi és politikai képességeit.^{19,20} Ennél a pontnál azonban meg kell jegyezni, hogy a szerzők többsége a felhatalmazottságnak ezt megközelítését nem tekinti jelentősnek azért, mert ebben a kontextusban igen csekély a valószínűsége annak, hogy az egyén képes megváltoztatni az egészségét befolyásoló szociális és gazdasági környezetet.

A következő részvételi szint, amelyről szót kell ejtenünk, az a *szervezeti felhatalmazottság*. Ennek fogalma erősen támaszkodik a demokratikus menedzsment koncepcióra. A demokratikusan működtetett szervezettípust az információk cseréje, a döntéshozatalban való együttműködés, valamint az egyénnek a szervezeti életet érintő folyamatokba való bevontsága jellemzi. Lényegében úgy hatalmazza fel az egyént, hogy az részévé válik a szervezeti folyamatoknak. Tehát a szervezeti felhatalmazottság Gerschick, Israel, Checkoway és más szerzők szerint úgy befolyásolja az egyént, hogy képessé

teszi a szervezeti folyamatokban, a döntésben való részvételre. Ezáltal hatással lehet a tágabb környezetre is, amelyen keresztül a *közösségi szintű felhatalmazottság* is elérhetővé válik a számára.²¹ A felhatalmazott közösségben az egyén és a szervezet számára egyaránt lehetővé válik, hogy képességeit és erőforrásait, elismert szükségleteit koordinált cselekvésben nyilvánítsa ki.³⁰ A felhatalmazott szervezet azt is lehetővé teszi, hogy az egyének és a szervezetek a kölcsönös támogatás és konfliktuskezelés révén többletforráshoz jussanak, ami megnöveli a befolyási képességüket az életkörülményeik felett. Ezért kijelenthetjük, hogy a közösségi felhatalmazottság szoros kapcsolatban áll az egyéni és a szervezeti felhatalmazottsággal. Ez az elmélet hasonlatos a szomszédsági felhatalmazottság koncepcióhoz, amely kapacitásról és egyenlőségről szól. A kapacitás jelenti az erő alkalmazását, az egyenlőség pedig a források fair megosztását egy konkrét probléma megoldása során.

A felhatalmazottság szintjeinek áttekintését követően azt is érdemes megvizsgálnunk, hogy melyek azok főbb pontok, eltérések, amelyek körül vita alakult ki a szakemberek között. Lényegében három olyan kérdés merült fel, amelyek vízvázolták mind elméleti, mind gyakorlati szempontból.

- Az első és az egyik legvitatottabb kérdés az, hogy folyamatként vagy eredményként tekintünk a felhatalmazottságra. Erre a kérdésre később még visszatérek, most csak arra szeretném felhívni a figyelmet, hogy az egészségfejlesztési programok között nagy különbség van a szerint, hogy már a program végére teljes felhatalmazottsággal ruházza fel a célcsoportot, vagy azt egy hosszabb, a program keretein messze túlnyúló folyamat eredményeképpen képzelel el.
- Hasonlóan markáns vitára okot adó kérdés, hogy a felhatalmazottság személyközi kapcsolatokra vezethető-e vissza, vagy inkább egy tágabb társadalmi, politikai környezetben gyökeredzik, esetleg egy többszintű interakció következménye.^{22,23,24,25,26,27,28} Nyilvánvaló, hogy amennyiben társadalmi gyökerű, akkor ehhez olyan felhatalmazottságot kell rendelni, amelynek révén az érdekgazdák képessé válnak a társadalmi környezet befolyásolására. Ha pedig személyközi eredetűnek tekintjük, akkor a felhatalmazottság nem a társadalmi környe-

zet, hanem a személyközi kapcsolatok megváltoztatására kell, hogy irányuljon. Ez egyúttal teljesen különböző eszközök alkalmazását is jelenti a gyakorlatban. Tehát itt nem kevesebbről van szó, mint hogy milyen kapacitással lássuk el az érdekhordozókat, hogy képessé váljanak az egészségüket befolyásoló tényezők kontrollálására.

- A harmadik és témánk szempontjából egyáltalán nem mellékes kérdéskör, hogy az egyes felhatalmazottsági definíciók hogyan alkalmazhatók a gyakorlatban.²⁹ Ez a terület csekély érdeklődésre tartott számot a kutatók körében, csupán a Lavreck és Wallersten szerzőpáros vizsgálta a felhatalmazottság koncepció működésének szervezeti hátterét, alkalmazhatóságát valamint hasznosságát az egészségfejlesztés során.³⁰ Ennek a kérdésnek a részletesebb megvitatására a felhatalmazottság folyamat jellegének tárgyalása során még visszatérek.

A közösségi felhatalmazottság koncepciót a 90-es években háttérbe szorították a közösségi kapacitással kapcsolatos elméletek, a közösségi kompetencia kérdésköre, a közösségi kohézióval összefüggő problémák, valamint a szociális tőkével kapcsolatos elgondolások.^{31,32,33,34,35} Ennek ellenére a koncepció egyre elfogadottabbá vált az egészségfejlesztés terén is, különös tekintettel a szegénység, az egészség egyenlőtlenség felszámolására tett erőfeszítések során, amely viták – ahogy azt Wilkinson is állítja – korábban nélkülözték a szociális dimenzió, a hatalomkonverzió, a hatalomnélküliség hatásának elemzését.³⁶ Azóta világossá vált a szakemberek előtt, hogy csak akkor vagyunk képesek befolyásolni az egyéni élethelyzetünket, ha sikerül elérni azokat a társadalmi változásokat, amelyek révén megszüntethető az egyén hatalomnélkülisége. Ez utóbbi fogalom, úgy tűnik, továbbra is az egyik legfontosabb tényezője marad a közösségi felhatalmazottság körüli vitáknak. E közösségi szükséglet kielégítése révén válnak ugyanis képessé az egyének az életkörülményeiket befolyásoló tényezők kontrollálására.

A közösségi felhatalmazottság fogalmának részletes kifejtéséhez, megértéséhez meg kell vizsgálnunk, hogyan is működik a felhatalmazottság a gyakorlatban, milyen problémák merülnek fel a közösség-alapú részvétel megvalósítása során. Ehhez tematikusan sorra kell vennünk azokat a szempontokat,

amelyek tisztázása közelebb visz a felhatalmazottság gyakorlatban történő alkalmazásához. A következőkben ezt a feladatot végezzük el, amihez megvizsgáljuk a következőket: a) Mit jelent a közösség fogalma az egészségfejlesztés során? b) Milyen tényezők befolyásolják a közösségi felhatalmazottságot? c) Folyamatnak vagy inkább eredménynek tekinthető-e a közösségi felhatalmazottság? d) Hogyan fejlesszük a felhatalmazottságot az egészségfejlesztési programok megvalósítása során? e) Hogyan befolyásolja a felhatalmazottság a különböző érdekgyűzők szerepét és felelősségét? Mindezekelőtt vizsgáljuk meg a közösség fogalmát.

MIT JELENT A KÖZÖSSÉG FOGALMA AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SORÁN?

Kit is tekintünk közösségnek, milyen elvárásokat fogalmazunk meg velük szemben ahhoz, hogy felhatalmazott célcsoportként tekinthessünk rájuk? Ezeknek a kérdéseknek a tisztázása nélkülözhetetlen, ha közösség-alapú egészségfejlesztésben gondolkodunk. Lewin meghatározása szerint, aki a csoportot a közösség szinonimájaként használta, „a csoport lényege nem a tagok hasonlósága vagy különbözősége, hanem kölcsönhatása, egymástól való függése”.³⁷ Ward, Israel és munkatársai, valamint Bell és Newby is egyetértenek abban, hogy egy közösség lehet akár alapvetően heterogén összetételű is, és állhat eltérő érdekű egyénekből, akik céljaik megvalósítása érdekében közösen léphetnek fel.^{38,39,40} Zakus és Lysack ezzel szemben inkább azt tartja fontosnak tisztázni, hogy ki is valójában a legitim képviselője egy közösségnek.⁴¹ Szerintük azok, akiknek van idejük és energiájuk, hogy bevonódjanak a csoport munkájába, de rögtön hozzáteszik azt is, hogy amennyiben a tevékenységük nélkülözi a közösség támogatását, csupán domináns elitnek tekinthetők. Tehát a közösség legitim képviselőjéhez szükséges a tagok hozzájárulása, támogatása. Ugyanakkor elismerik, hogy a nem heterogén, vagyis a hagyományos közösségek sem feltétlenül képesek vagy hajlandók egyeztetett közösségi lépésekre közös céljaik megvalósítása érdekében. Ezért végül arra a következtetésre jutnak, hogy a heterogén összetétel nem lehet akadálya a közösségi identitás kialakulásának, a közösen kitűzött célok követésének. Azt is állítják, hogy egy újonnan létre-

jött, másképpen fogalmazva egy nem tradicionális közösség is képes lehet olyan egészségfejlesztési programcélok megfogalmazására, amelynek révén felhatalmazottsághoz juthatnak. Ezek nagyon fontos megállapítások, mert teret adnak a közösség tágabb értelmezéséhez. A közösség megléte csupán kiindulópont, azaz szükséges, de nem elégséges feltétele a közösségi részvétel gyakorlásának, ehhez még további tényezők is szükségesek. Tekintsük át, melyek ezek!

MILYEN TÉNYEZŐK BEFOLYÁSOLJÁK A KÖZÖSSÉGI FELHATALMAZOTTSÁGOT?

Az elmúlt évtizedekben számos elemzés látott napvilágot a közösségi felhatalmazottságot befolyásoló tényezőkről, azonban ezek nem alkottak koherens egészet. Laverack foglalta először rendszerbe a közösségi felhatalmazottsággal kapcsolatosan megfogalmazott korábbi elméleteket. Egymástól kilenc jól elhatárolható szervezeti tényezőt különböztetett meg, amelyek véleménye szerint hatással vannak a közösségi felhatalmazottság alakulására. Ezek a következők: (i) participáció, (ii) vezetés, (iii) problémafeltárás, (iv) szervezeti struktúra, (v) forrásallokáció, (vi) másokhoz való viszony, (vii) „a miért kérdés”, (viii) programmenedzsment és (ix) a külső szervezetek szerepe a közösségi felhatalmazottságban.⁴² Everson és más kutatók is határozottan állítják, hogy a felsorolt szervezeti jellemzők jelentik a kapcsolatot az interperszonális elemek – például az egyéni kontroll képessége, a bizalom, a közösség kohéziója, valamint a kontextuális elemek – között. Ez utóbbiak lehetnek politikai természetűek, vagy szociokulturálisak, továbbá gazdasági környezetből fakadók egyaránt.^{43,44,45,46,47} A Laverack által alkalmazott szervezeti megközelítés előnye, hogy az egyén és a csoport számára egyaránt lehetővé válik, hogy közösen megfogalmazott társadalmi és politikai célok elérése irányába mobilizálja önmagát. Más kutatók, így Taylor szerint, ez az értelmezés arra is módot ad, hogy úgy tekintsünk a szervezetre magára, mint amely jogosult képviselője a közösségi felhatalmazottság társadalmi aspektusának. Például itt említhető, ha már létezik egy szervezetben funkcionális vezetési módszer – melyet megszilárdult szervezeti struktúrák is támogatnak, továbbá amely a szervezeti tagok aktív részvételével működik,

tehát már bizonyították, hogy képesek források mobilizálására –, akkor ez egyúttal egy olyan közösségről is számot ad, amely már rendelkezik az erős közösségi támogatás egyes elemeivel.

FOLYAMATNAK VAGY INKÁBB EREDMÉNYNEK TEKINTHETŐ A KÖZÖSSÉGI FELHATALMAZOTTSÁG?

A szervezeti tényezők áttekintését követően figyelmünket ismét a már korábban érintett vitatémára fordíthatjuk, nevezetesen, hogy miképpen tekintünk a közösségi felhatalmazottságra: úgy, mint folyamatra vagy inkább úgy, mint eredményre. Ennek eldöntése nem pusztán elméleti jelentőségű, ugyanis következménye van a gyakorlatra nézve is, hiszen már az egészségfejlesztési beavatkozás előtt el kell döntenünk, hogy felhatalmazottsági szempontból mit tartunk eredménynek az egészségfejlesztési program végén.

Mindkettőre (folyamat és eredmény megközelítés) bőséges bizonyíték található az irodalomban. Ha eredménynek tekintjük, akkor az hosszú távú, az egyén és a közösség kölcsönhatásában létrejövő szervezeti – legalábbis társadalmi és politikai értelemben megvalósuló – változásként értelmezhető, amely Raeburn szerint legkevesebb hét év, de inkább hosszabb időszak alatt alakul ki.⁴⁸ Az egészségfejlesztési programok többsége viszont ennél rövidebb futamidejű. Bainstow mutat rá arra a tényre, hogy a legtöbb esetben az az időszak, amelynek végére a közösség alkalmazhatná az új kompetenciát, a közösségi felhatalmazottságot, messze túlnyúlik az egészségfejlesztési program befejezésén. Így valójában e programok keretében a közösségek nem tapasztalhatják meg a felhatalmazottság mielenlétét a maga teljességében.⁴⁹ Azonban ez semmiképpen nem tekinthető kudarcnak, inkább azt mutatja, hogy a közösségi felhatalmazottság kialakítása egy hosszú folyamat eredménye és irreális az az igény, hogy az egészségfejlesztési beavatkozással egy időben teljes körű felhatalmazottság jöjjön létre. Mindez azonban egyáltalán nem jelenti azt, hogy kísérletet sem kell tenni az elérésére. Számos példa van arra, hogy ilyen körülmények között is, akár egyéni, akár közösségi szinten, de mindenképpen létrejöhet bizonyos pszichológiai és társadalmi felhatalmazottság, amely alatt az önbizalom növe-

kedését, vagy a bizalmi légkör kialakulását, közösségi kompetenciák növekedését értjük.⁵⁰

Tehát kijelenthetjük, hogy amennyiben a közösségi felhatalmazottságot tekintjük végső célnak, akkor az olyan tevékenységek, mint a kapacitás- és kompetenciafejlesztés értelemszerűen nem vehetők figyelembe eredményként, hiszen ezek csupán egyéni, legfeljebb szervezeti szintre vonatkoznak. Az elmondottakból is látszik, hogy az egyéni szinten megvalósuló felhatalmazottság más eredményeket produkál, mint a közösségi szintű. Azonban még ezek az igen korlátozott jelentőségű eredmények is értékesek lehetnek, mert lépcsőfokot jelentenek a közösségi felhatalmazottság felé.

Zimmermann hívja fel a figyelmet arra, hogy az univerzális, az egyes beavatkozási szintek között különbséget nem tevő megközelítések zavart okozhatnak a felhatalmazottság fogalmának megértésében különösen, ha azt statikusan és nem dinamikusan értelmezzük. Úgy véli, hogy a közösségi felhatalmazottság univerzális célként való értelmezése nem reális, mert az nem ugyanazt jelenti az egyén, a szervezet és a közösség számára.⁵¹

Éppen az előbb bemutatott érvelés miatt a közösségi felhatalmazottságra az irodalomban leggyakrabban ún. dinamikus kontinuumként tekintenek, amely magába foglalja: (i) a személyes felhatalmazottságot, (ii) a kiscsoportok dinamikus fejlődését, (iii) a közösségi szervezeteket, (iv) a partnerséget, (v) társadalmi és politikai tevékenységeket.^{52,53,29} E szerint az értelmezés szerint, amely kontinuumként, folyamatként tekint a közösségi felhatalmazottságra, az csak lépésenként javítható, mégpedig annak az erőfeszítésnek az eredményeképpen, amikor az egyéni cselekvések a kollektív cselekvések irányába mozdulnak el.

A közösségi felhatalmazottság folyamatként való értékelése ugyanakkor jelentősen befolyásolja a koncepció alkalmazhatóságát is. Azt már láthattuk, hogy az eredményként való értelmezés csak korlátozott lehet annak időtől való függősége miatt. Azonban ha a közösségi felhatalmazottságot folyamatként értelmezzük, akkor lehetővé válik az egyéni szinten megjelenő kapacitás-, képesség- és kompetenciafejlesztés összekapcsolása a közösségi szintű egészségfejlesztéssel, amely együtt járhat a személyközi kapcsolatok általános javulásával, ami pedig közelebb vihet az egészségpolitikai célok megvalósulásához is. Ez a Laverack és Wallestein

szerzőpáros által képviselt definíció abból a szempontból is használhatóbb, hogy betekintést enged abba a folyamatba, amikor az egészségfejlesztési program képessé teszi, felhatalmazza az egyént, a közösséget arra, hogy maximalizálhassa kollektív cselekvőképességét az egészséget meghatározó társadalmi és gazdasági tényezők kontrollálása érdekében.³⁰ Mindezek jelentős mértékben befolyásolják a közösségi felhatalmazottsággal kapcsolatos, a programok megvalósítása során kitűzött szervezeti célok gyakorlati megvalósíthatóságát. Az alábbiakban ezeket a tényezőket veszem sorra.

HOGYAN FEJLESZTHETJÜK A FELHATALMAZOTT-SÁGOT AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SORÁN?

Láthattuk, hogy a közösségi felhatalmazottság lényege a befolyásolásban van, ezért a helyzetfeltárás, a szerepek tisztázása még nem elégséges eszköz a felhatalmazottság sikerességének megítéléséhez, így ez önmagában az egészségfejlesztési program érdekgazdáinak a felhatalmazottsággal kapcsolatos eredményeit sem tükrözi. Ugyanakkor az érdekgazdák által beazonosított információk társadalmi, gazdasági akcióvá alakítása már annál beszédesebb indikátor. Ez a cél, mint azt korábban láthattuk, a személyközi viszonyok befolyásolásán keresztül érhető el, ezért ennek mértéke nagyon jó ismérve lehet a felhatalmazottság eredményességének. A befolyás kialakulásához azonban más tényezők is hozzájárulnak, így szükség lehet stratégiai gondolkodásra, tervezésre és olyan eszközök alkalmazására, mint például a projekttervezéshez nélkülözhetetlen logikai keretmátrixra, amely részletesen tartalmazza a közösségi felhatalmazottsággal kapcsolatos teendőket. Cracknell véleménye szerint a logikai keretmátrix kiváló lehetőséget teremt az olyan célok kitűzésére, azoknak a közösségi felhatalmazottságot mérő indikátoroknak az előzetes megfogalmazására is, amelyek képesek az előrehaladás mérésére, amelyek egyúttal a közösségi felhatalmazottsággal kapcsolatos kockázatokat és várakozásokat is képesek előre jelezni.⁵⁴ Cracknellhez hasonlóan Goodman is fontosnak találja a logikai keretmodell alkalmazását, amely véleménye szerint lehetővé teszi a közösség számára azt is, hogy a kívánatos folyamatot illetően megfogalmazza saját oksági modelljét, továbbá hogy a körül-

mények megváltoztatása révén elősegítse az egészségfejlesztési célokkal kapcsolatos bizalom kialakulását, megerősödését az érintett közösségben.⁵⁵ Az egyes szakértők tehát egyetértenek abban, hogy a logikai keretmátrix révén a közösségi felhatalmazottsággal kapcsolatosan megfogalmazott célok mérhetővé, egyszerismind ellenőrizhetővé válnak. A felhatalmazottság eredményességéhez azonban arra is szükség van, hogy tiszta, átlátható szerepvizonyok alakuljanak ki az érdekgyazdák között, ezért az alábbiakban erről lesz szó.

HOGYAN BEFOLYÁSOLJA A FELHATALMAZOTT-SÁG A KÜLÖNBÖZŐ ÉRDEKGAZDÁK SZEREPÉT ÉS FELELŐSSÉGÉT?

Korábban már volt róla szó, hogy a felhatalmazottság megváltoztatja a személyközi viszonyokat, de nem vizsgáltuk azt, hogy ez milyen folyamat keretében történik. Hogy világosan lássunk ebben a kérdésben is, tekintsük át a szerepvizonyok változását a felhatalmazottság folyamán! Amikor az egyén vagy közösség gyakorolja a felhatalmazottságát, befolyásolja az eseményeket, akkor lényegében újradefiniálja a szerepvizonyokat az elsődleges és másodlagos szereplők között. Erre jó példa Patton megfigyelése, aki észrevette, hogy a külső szervezetek szerepére gyakran tekintenek úgy, mint szakértőre vagy értékelőre, aki elbírálja, mi értékes és ki érdemes.⁵⁶ A felhatalmazott környezetben azonban ez a szerep facilitátor szereppé változik, amely képessé teszi, vagy ahogy Flettermann állítja, támogatja és vezeti az elsődleges érdekgyazdákat.⁵⁷ Az egészségfejlesztők feladata tehát nem lehet más, mint az egyén és csoport képességének fejlesztése, hogy az érdekgyazdák megszerezhessék és megragadhassák azt a hatalmat, befolyást, amely által képesek lesznek kontrollálni környezetüket és egészségüket. Széles körű konszenzus alakult ki a szerzők között a tekintetben is, hogy a kritikai megközelítés már önmagában is felhatalmazottságot eredményez azzal, hogy elvezet az elsődleges érdekgyazdák kapacitásának, kompetenciájának bővüléséhez. Ez könnyen érthető, hiszen a kritikai gondolkodáshoz hozzátartozik az információk összegyűjtésének, feldolgozásának a képessége is. Az átalakuló szerepek később állandósulnak, szabályokká válnak. Nemritkán az így kialakult programszabályokat

dokumentumban is rögzítik. Ennek az az előnye, hogy amikor kialakult a konszenzus a szabályok fontosságát illetően, onnan kezdve már hivatkozásként tekintettek rá, amely a későbbiekben iránymutatásként szolgál a szerepeket és a felelősséget illetően. Megállapíthatjuk, hogy a felhatalmazottság a szerepvizonyok változása, intézményesülése révén egy dinamikus folyamatot indít el, amely végül visszahat magára a felhatalmazottságra is.

ÖSSZEZÉS

Írásomban a közösségi felhatalmazottság eltérő megközelítéseit kívántam bemutatni. Irodalmi források feldolgozását követően megállapítható, hogy mind a fogalomhasználatot, mind annak tényleges tartalmát tekintve egymástól kisebb-nagyobb mértékben eltérő koncepciók alakultak ki. Első ránézésre ezek a különbségek jelentéktelennek tűnhetnek, azonban az egészségfejlesztési programok megvalósítása során már jelentős eltéréseket eredményezhetnek a résztvevők felhatalmazottságát illetően. A felhatalmazottság fogalma hosszú fejlődési folyamaton ment keresztül. Mára azonban kialakult egy közös értelmezési keret, amely a) a különböző típusú és szintű részvételi formákat foglalja magában (az egyéni, a szervezeti és a közösségi szinten megvalósuló döntéshozatali formák); b) olyan munkamódszert képvisel, amely előnyben részesíti a kapacitásfejlesztést célzó részvételt (úgy mint közösségi kapacitásfejlesztést és közösségfejlesztést); c) feltárja a közösségben meglévő személyek közötti részvételen alapuló kapcsolatokat, amelyek az egészséggel, a jólléttel kapcsolatosak; d) mobilizálja a közösségi erőforrásokat.

Zakus és Lysack szerint annak ellenére, hogy csupán kevés bizonyított tény áll rendelkezésünkre a közösségi felhatalmazottság egészségfejlesztéssel kapcsolatos hatását illetően, mégis széleskörűen elfogadott az a vélekedés, hogy annak számos fontos eredménye van.⁴¹ Függetlenül attól, hogy ez mekkora – tekintve a motivációs hatását és annak eszközjellegét –, a haszna mindenképpen fontos mind az egyén, mind a szervezetek és a közösségek számára.^{58,59,60,5} A legnagyobb haszna azonban a fejlődő demokráciában, a források mobilizálásában, holisztikus és integrált rendszerek kialakulásában, a jobb döntéshozatal elérésben mutatkozik

meg. A WHO vonatkozó dokumentumai egyértelműen arra utalnak, hogy a közösségi felhatalmazottság hatékonyabb egészségügyi szolgáltatásokat és fenntarthatóbb egészség-magatartást eredményez, nem kis részben annak köszönhetően, hogy a közösség sajátjának érzi a rá vonatkozó egészségfejlesztési programot.⁶

Az irodalom áttekintését követően elmondhatjuk, hogy az Ottawai Nyilatkozat elsőként tűzte napirendre az egészségfejlesztés közösségalapú műve-

lését, és teret nyitott olyan gondolatok előtt, amelyek később hozzájárultak a fogalom elterjedéséhez és átültetéséhez a gyakorlatba. Az e területen felhalmozott ismeretanyag kiváló lehetőséget teremt hazánk számára is, hogy csatlakozzon az Ottawai Nyilatkozat szellemiségéhez, és a nép-egészségügy intézményi reformja során forrásként használja azt a bőséges elméleti és gyakorlati tudást, amelyet az egészségfejlesztésben előttünk járók gyűjtöttek össze.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. In: Az egészségfejlesztés alapelvei. <http://regi.oefi.hu/alapelvek>. pp 9-14. (Elérve: 2017.11.13.)
- ² Dzsakartai Nyilatkozat. In: Az egészségfejlesztés alapelvei. <http://regi.oefi.hu/alapelvek.pdf>. pp 29-34. (Elérve: 2017.11.13.)
- ³ WHO Regional Office for Europe HEALTH 21 - The Health for All Policy Framework for the European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.
- ⁴ Bracht N, Tsouros A. Principles and strategies of effective community participation. *Health Promotion International*. 1990;5:199-208.
- ⁵ Smithies J, Webster G. *Community Involvement in Health: From Passive Recipients to Active Participants*. Ashgate, Aldershot, 1998.
- ⁶ WHO Regional Office for Europe. *Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques*. Centre for Urban Health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107341/1/E78652.pdf> (Elérve: 2017.11.30.)
- ⁷ Israel BA, Schurman SJ. Social support, control, and the stress process. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B (eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1990.
- ⁸ Haan MN, Kaplan GA, Camacho-Dickey T. Poverty and health: Prospective evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol*. 1987;125:989-98.
- ⁹ Israel BA, Rounds KA. Social networks and social support: A synthesis for health educators. *Advanced Health Education Promotion*. 1987;2:322-51.
- ¹⁰ James C. *Empowering Communities in the Development Process: Participatory Rural Appraisal as an Approach*. University of Bristol, Bristol, 1995.
- ¹¹ Rifkin SB. *Community participation in maternal and child health/family planning programmes*. World Health Organisation, Geneva, 1990.
- ¹² Csizmadia P. Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):17-9. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.168>.
- ¹³ Dailly J, Barr A. *Understanding a Community-led Approach to Health Improvement*, 2008.
- ¹⁴ Kindervatter S. Nonformal education towards empowering. Chapter VII. In: *Nonformal Education as an Empowering Process*. Amherst, MA, Center for International Education, 1978.
- ¹⁵ Gutierrez LM. *Coping with Stressful Life Events. An Empowerment Perspective*. Working Paper. School of Social Work, University of Michigan, Ann Arbor, MI, 1988.
- ¹⁶ Zimmerman MA, Rappaport J. Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *Am J Community Psychol* 1988; 16:725-750.
- ¹⁷ Zimmerman MA. Empowerment theory. Psychological, organizational and community levels of analysis, In: Rappaport J, Seidman E (eds.). *Handbook of Community Psychology*. New York, 2000.
- ¹⁸ Zimmerman MA. Taking aim on empowerment research: On the distinction between psychological and individual conceptions. *Am J Community Psychol*. 1990;18:169-77.
- ¹⁹ Kieffer CH. Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prev Hum Serv*. 1984;3:9-36.
- ²⁰ Schulz AJ, Israel BA, Zimmerman MA, Checkoway BN. Empowerment as a multilevel construct: Perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*. 1995;10:309-27.

- ²¹ Gerschick TJ, Israel BA, Checkoway BN. Means of Empowerment in Individuals, Organizations, and Communities. Report on a retrieval conference, Ann Arbor, University of Michigan, 1990. <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/51259/493.pdf;sequence=1> (Elérve: 2017.11.13.)
- ²² Bernstein E, Wallerstein N, Braithwaite R, et al. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly*. 1994;21:281-94.
- ²³ Torre D. Empowerment: structured conceptualisation and instrument development. PhD thesis, Cornell University, 1986.
- ²⁴ Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention. Toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 1987;15:121-47.
- ²⁵ Swift C, Levin G. Empowerment: an emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention*. 1987;8:71-94.
- ²⁶ Friedmann J. Empowerment: The Politics of Alternative Development. Blackwell Publishers, Oxford.
- ²⁷ Craig G, Mayo M (eds.) *Community Empowerment. A Reader in Participation and Development*. Zed Books, London, 1995.
- ²⁸ Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health. Implications for health promotion programs. *American of Health Promotion*. 1992;6:197-205.
- ²⁹ Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*. 1994;9:39-47.
- ³⁰ Laverack G, Walleistein N. Measuring Community empowerment: a fresh look at organisational domains. *Health Promotion International*. 2001;16:179-85.
- ³¹ Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior*. 1998;25:258-78.
- ³² Eng E, Parker E. Measuring community competence in the Mississippi delta: the interface between programme evaluation and empowerment. *Health Education Quarterly*. 1994;21:199-220.
- ³³ Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science Medicine*. 1997;44:1771-9.
- ³⁴ Putnam RD. Bowling alone: Americas declining social capital. *J Democracy*. 1995;6:65-78.
- ³⁵ Modra C. Exploring social capital: levels of participation, trust and health in a suburban region of Adelaide, South Australia. *Celebrating Public Health: Decades of Development, Decades of Opportunity*, Public Health Association of Australia, Hobart, 1998.
- ³⁶ Wilkinson RG. Income inequality and social cohesion. *Am J Public Health*. 1997;8:104-6.
- ³⁷ Pataki Ferenc (szerk.). *Csoportlélektan*. Budapest, Gondolat Kiadó, 1980. 735 o.
- ³⁸ Bell C, Newby H. *Community Studies*. George Allen and Unwin, London, 1978.
- ³⁹ Ward J. Community development with marginal people: the role of conflict. *Community Development Journal*. 1987;22: 18-7.
- ⁴⁰ Israel BA, Checkoway B, Schultz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*. 1994;21:49-170.
- ⁴¹ Zakus JDL, Lysack CL. Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*. 1998;13:1-12.
- ⁴² Laverack G. Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion. PhD thesis, Deakin University, Melbourne, Australia, 1999.
- ⁴³ Everson SA, Lynch JW, Chesney MA, et al. Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *British Medical Journal*. 1997;314:553-8.
- ⁴⁴ Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science Medicine*. 1997;44:1771-9.
- ⁴⁵ Asthana S. Community participation in health and development. In: Phillips D, Verhasselt Y (eds.). *Health and Development*. Routledge, London, 1994.
- ⁴⁶ Gordon G. Participation, empowerment and sexual health in Africa. In: Craig, G. and Mayo, M. (eds.). *Community Empowerment. A Reader in Participation and Development*. Zed Books, London, 1995, pp. 181-93.
- ⁴⁷ Taylor V. Social reconstruction and community development in the transition to democracy in South Africa. In: Craig G, Mayo M (eds.). *Community Empowerment: A Reader in Participation and Development*. Zed Books, London, 1995; pp.168-80.
- ⁴⁸ Raeburn J. How effective is strengthening community action as a strategy for health promotion? *ParticiACTION*. No. 3. University of Toronto, Toronto, 1993.
- ⁴⁹ Baistow K. Liberation and regulation? Some paradoxes of empowerment. *Critical Social Policy*. 1995;42:34-46.
- ⁵⁰ Zimmerman MA. Taking aim on empowerment research: on the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*. 1990;18:169-77.
- ⁵¹ Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*. 1995;23:581-99.
- ⁵² Jackson T, Mitchell S, Wright M. The community development continuum. *Community Health Studies*. 1989;8:66-73.

- ⁵³ Labonte R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*. 1994;21:253-68.
- ⁵⁴ Cracknell BE. Evaluating development aid. *Evaluation*. 1996;2:23-33.
- ⁵⁵ Goodman RM. Evaluation of community-based health programs: an alternate perspective. In: Schneiderman N, Speers M, Tomes H, et al. (eds.). *Integrating Behavioural and Social Sciences with Public Health*. American Psychological Association Press, Washington DC, 2000.
- ⁵⁶ Patton MQ. Toward distinguishing empowerment evaluation and placing it in a larger context. *Evaluation Practice*. 1997;18:147-63.
- ⁵⁷ Fetterman DM, Kaftarian SJ, Wandersman A (eds.). *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment and Accountability*. SAGE publications, 1996.
- ⁵⁸ Jewkes F, Murcott A. Community representatives: representing the 'community'? *Social Science and Medicine*. 1998;46:843-58.
- ⁵⁹ Kahssay H, Oakley, P (eds.). *Community Involvement in Health Development: A Review of the Concept and Practice (Public Health in Action, No. 5)*. World Health Organization, Geneva, 1999.
- ⁶⁰ Morgan L. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*. 2001;16:221-30.

A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján

Results of the Hungarian National Student Fitness Test (NETFIT®) 2015/2016

Szerző: Csányi Tamás ✉, Kaj Mónika
Magyar Diák sport Szövetség

Beküldve: 2017. 12. 08.
doi: 10.24365/ef.v58i4.217

Kulcsszavak: testmozgás; tanulók; fittség

Keywords: physical activity; student; fitness

BEVEZETÉS

A Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) a magyar köznevelési rendszer kötelező és egységes fittségmérési módszere a 2014/2015. tanévtől kezdődően, amelyet a Magyar Diák sport Szövetség (MDSZ) a Cooper Intézettel közösen fejlesztett ki. A tesztrendszer az egészségközpontú fittségi összetevőket négy profil mentén, hét motoros és két antropometriai értékkel jellemzi. Az alábbi eredmények a 2. tanévi mérés adatain alapulnak, amelyek gyűjtése 2016. január 9. és június 1. között történt.¹ A mérési időszak teljes kutatási jelentése elérhető az MDSZ honlapján.¹

MÓDSZEREK

A NETFIT® egészségközpontú fittségi tesztjei az egyén általános fizikai állapotáról, testösszetételéről, aerob- és vázizomzat fittségéről, valamint hajlékonyságáról nyújtanak információt. A tesztrendszer a következő méréseket tartalmazza: testtömeg-

index (BMI), testzsírszázalék-mérés (TZS%), 20 vagy 15 méteres állóképességi ingafutás teszt (ÁIT), ütemezett hasizom teszt (ÜHT), törzsemelés teszt (TET), kézi szorítóerő mérése (KSZ), ütemezett fekvőtámasz teszt (ÜFT), helyből távolugrás teszt (HTU) és hajlékonysági teszt (HT). A felméréseket az érintett osztályok testnevelést tanító pedagógusa végezte iskolai körülmények között, a testnevelés-órák keretein belül. A mérési adatokat a NETFIT® informatikai rendszerébe töltötték fel az Oktatási Hivatal MAZON rendszeréből generált mérési azonosítók segítségével. Összesen 2730 köznevelési intézmény 3802 feladatellátási hellyel tett eleget adatküldési kötelezettségének, amelyből 651 431 tanuló (332 230 fiú és 319 201 lány) esetében történt meg a mérési eredmény rögzítése is, amely az összes NETFIT® rendszerben lévő diák 88%-a. A fittségi eredményeket individuális szinten a decimális életkorokat és a nemet figyelembe véve, a szten-derd táblázatok alapján kategorizáltuk: (1) egészségzőna-, (2) fejlesztés szükséges- vagy (3) fokozott fejlesztés szükséges zónába.

¹ <http://www.mdsz.hu/kategoria-nelkul/2017/01/23/elerhetove-valt-a-20152016-tanevben-mert-netfit-eredmenyek-tudomanyos-elemzese/> (Elérve: 2017. 12. 08.)

EREDMÉNYEK

Az egészségzónát elérő tanulók gyakorisága jelentős eltér nemenként, évfolyamonként és tesztenként egyaránt. Összefoglalóan a vizsgált iskolások eredményei

- Testösszetétel és tápláltsági profil:
 - BMI 75,3–69,8% (fiúk); 81,9–72,3% (lányok);
 - TZS% 73,5–67,6% (fiúk); 71,6–60,2% (lányok).
- Aerob fittségi (állóképességi) profil:
 - ÁIT 73,7–51,5% (fiúk); 68,6–33,5% (lányok).
- Vázizomzat fittségi profil:
 - ÜHT 93,3–89,0% (fiúk); 94,9–89,1% (lányok);
 - TET 56,3–39,0% (fiúk); 66,0–46,6% (lányok);
 - KSZ 92,9–70,3% (fiúk); 98,7–87,6% (lányok);
 - ÜFT 74,1–66,3% (fiúk); 75,2–67,5% (lányok)
 - HTU 72,2–68,6% (fiúk); 77,5–73,2% (lányok).
 - Hajlékonysági profil: [77,3–61,7% (fiúk); 68,1–51,1% (lányok)].

A felső tagozatos és középiskolás összehasonlításban megállapítható, hogy a fiúk esetében kilenc fittségi paraméterből hétben (BMI, TZS%, ÜHT, TET, KSZ, HTU, HT), a lányok esetében pedig ötben (BMI, ÜHT, TET, ÜFT, HTU) a középiskolások voltak nagyobb arányban az egészségzónában teljesítők közül.

A regionális és megyei szintű eredmények szerint, a gazdaságilag legfejlettebbnek tekinthető Közép-Magyarország Régióban tanuló iskolások tekinthetők a legfittebbeknek.

KÖVETKEZTETÉSEK

A 2014/2015. tanév során legkritikusabbnak ítélt ingafutásban kedvező irányú változás tapasztalható. Összességében a lányok 7 százalékponttal, míg a fiúk 5 százalékponttal nagyobb arányban érték el az egészséghöz szükséges minimum fittségi értékeket

az előző tanévhez képest. Azonban az életkor növekedésével folyamatosan csökken az egészségzónát elérő tanulók száma. A 12. évfolyamon már csak a fiúk fele, a lányok harmada volt képes az egészségzónában teljesíteni. Ez komoly népegészségügyi kockázatot jelent, hiszen a korábbi tudományos eredményeink szerint a „fokozott fejlesztés” zónában teljesítők mintegy ötször valószínűbb, hogy metabolikus szindrómában szenvednek, mint akik az egészségzónában vannak.² A mindennapos testnevelés szempontjából kulcsfontosságú eredmény, hogy a felmenő rendszeréből először kikerülő évfolyamok (8. és 12.) jelentősen jobban teljesítettek a még nem mindennapos testnevelésben részt vevő évfolyamtársaiknál. Ez nemzetközi szinten is meghatározó eredmény, amely további munkára ösztönözhet. A minden negyedik tanulót érintő túlsúly vagy elhízás újfent megerősíti a népegészségügyi szintű, célzott intervenciók szükségességét. Ezeknek a beavatkozásoknak prioritásként kell kezelniük a rendszeres testmozgás és testedzés népszerűsítését (amelynek elsődleges színtere a mindennapos iskolai testnevelés kell, hogy legyen), továbbá az egészséges és tudatosan szabályozott táplálkozási szokások kialakítását.

Az első mérési eredményekhez hasonlóan Közép-Magyarországon és Budapesten a legjobbak a fittségi eredmények, míg Észak-Magyarországon a legkedvezőtlenebbek, amely elsősorban az eltérő regionálisan is kimutatható szociökönómiai jellemzőkkel magyarázható.³

Azon tanulók számára, akik elmaradnak az NETFIT® egészségsztenderdjeinek határértékeiktől, tervezett fejlesztés, segítségnyújtás szükséges. Osztály-, illetve intézményi szinten pedig, ha nagy a fejlesztési zóná(k)ban teljesítő tanulók száma, célzott, átfogó beavatkozás javasolt. A pedagógus szintjén érdemes átgondolni, hogy mely fittségi profil esetében szükséges hangsúlyosabb fejlesztő hatást elérni az adott tanulócsoport/osztály esetében, összehasonlítani a tanulói adatokat a korábbi eredményekkel. A nemzetközi tapasztalatok alapján a jövőben javasolt egy olyan adatbázis kialakítása, amely a fittségi állapot és a tanulók szociökönómiai, tanulmányi eredményességi és pszichoszociális háttere közötti összefüggések elemzését teszi lehetővé.

HIVATKOZÁSOK

-
- ¹ Kaj Mónika, Vass Zoltán, Király Anita, Hernádi Ádám és Csányi Tamás (2017). A magyar 10–18 éves tanulók egészségközpontú fizikai fittségi állapota (2016). Kutatási jelentés a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) 2015/2016. tanévi országos eredményeiről. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest.
- ² Laurson, K. R., Saint-Maurice, P. F., Karsai, I., & Csányi, T. (2015). Cross-validation of FITNESSGRAM® health-related fitness standards in Hungarian youth. *Research quarterly for exercise and sport*, 86(sup1), S13-S20.
- ³ Welk, G. J., Saint-Maurice, P. F., & Csányi, T. (2015). Health-related physical fitness in Hungarian youth: Age, sex, and regional profiles. *Research quarterly for exercise and sport*, 86(sup1), S45-S57.

A humán makroökológia mint új tudományterület

Human macroecology as a new scientific discipline

Szerző: Hideg Éva^{a,b}, Schmidt Péter^{b,c}

a: Budapesti Corvinus Egyetem Budapest, Gazdaságföldrajz, Geoökonómia és Fenntartható Fejlődés Intézet, b: MTA IX. Osztály Statisztikai és Jövőkutatási Tudományos Bizottsága, c: Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Egyetemi Oktató Rendelő, Győr

Beküldve: 2017. 09. 18.

doi: 10.24365/ef.v58i4.210

Összefoglaló: A szerzők egy új tudományterület, a humán makroökológia fogalmának és legfontosabb indikátorainak ismertetésén keresztül foglalják össze a környezetvédelemhez, egészségügyhöz, erőforrás-gazdálkodáshoz, kultúrához stb. kapcsolódó új kutatási alapelveket és területeket. A globalizáció szélesebb körű terjedésével e komplex és interdiszciplináris tudományág műveléséhez a hagyományos kutatómunka mellett szükség van a kutatók, a jövőkutatók, a döntéshozók és a közvélemény együttgondolkodására és együttműködésére is.

Kulcsszavak: makroökológia; gazdaság és társadalom; egészségügyi ellátás

Summary: The article describes new basic research principles and fields relating to environmental protection, health care, natural resource management, culture etc. through introducing the definition and the most important indicators of a new scientific field called human macroecology. Given the expansion of globalization this complex and interdisciplinary research field necessitates not only traditional research activities but cooperation in exploration of problem solutions and practical activities between researchers, futurists, decision makers and everyday people.

Keywords: human macroecology; economy and society; health care

A környezeti problémák kapcsán egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a földi ökoszisztémáknak egyik legaktívabb ágense az ember, illetve a különböző társadalmakba, kultúrákba szerveződött és egyre növekvő létszámú emberiség. Az emberiség nemcsak elszenvedti a természetes evolúciós folyamatokat, hanem aktívan hozzá is járulhat a földi ökoszisztémák evolúciós változásainak formálásához. A szakirodalom az ökológiának ezt az evolúciós szemléletmódjában és összetett témaköreiben formálódó új területét humán makroökológiának nevezi.

A HUMÁN MAKROÖKOLÓGIA FOGALMA

A humán makroökológia, vagy röviden humán ökológia, innovatív kutatási és fejlesztési terület, amelynek lényege „az ember és a környezet közötti

energia-, anyag- és információcsere statisztikai vizsgálata térbeli skálákon keresztül.”¹

„Makro” alatt azt értjük, hogy nagy adatállományok rendszeres térbeli és időbeli statisztikai elemzése folyik, míg az „ökológia” kifejezés azt jelzi, hogy a kutatásokban a hangsúly az emberi-környezeti kapcsolatokon, különösen az energia, az anyagok és az információ áramlásának a feltárásán van, amelyek – tiszteletben tartva a tudományosan megalapozott fizikai törvényeket és biológiai elveket – egyedülállóan emberi tulajdonságokra utalnak.²

A humán makroökológia az emberi fajt úgy tekinti, ahogy az a természeti világ korlátai között funkcionál, és nem természetes módon elválik a természeti erőforrások korlátozottságától. Ez a koncepcionális megközelítés az antropológiától és a közgazdaságtantól terjedően átível a humán makroökológiáig, és

lehetőségek sokaságát teremti meg a soha nem látott szinergiák világában. A kölcsönhatások lehetnek helyiek, regionálisak vagy globálisak, továbbá kedvezőek vagy kedvezőtlenek. Az ember szemszögéből az egészségügyi és a nem kívánatos társadalmi következmények, míg a természeti viszonyok szemszögéből a környezetünk biológiai létfenntartó képességeivel összefüggő következmények a döntőek, különösen azok, amelyek ezt a képességet roncsolják vagy csökkentik. Ez utóbbi kategóriának fontos önálló eleme a szükséges erőforrások biztosíthatósága, valamint környezetünk sokrétűségének és az eltérő életközösségeknek a fenntarthatósága.³ A jövőre nézve különösen fontos a globális környezeti kockázati tényezők összhatásainak erősödése is.

AZ ALKALMAZOTT INDIKÁTOROK KÖRE

A humán makroökológiai kockázati tényezők globális jelentőségét illetően a következő indikátorok használatával kapcsolatban alakult ki egyetértés az elmúlt évtizedek során:

- a természeti csapások környezeti következményeiként kialakuló, új fertőző betegségek és világjárványok;
- az üvegházhatás növekedése folytán bekövetkezett éghajlati változások közvetlen és közvetett egészségügyi kockázata;
- az ózonréteg ritkulásának és az ózonlyuk növekedésének ökológiai rendszereket és emberi egészséget károsító hatásai;
- a folyóvizekben, víztorkolatokban vagy a vízfelületen felhalmozódott szennyező anyagok és nehézfémek mennyisége és változásai;
- a tengerek és óceánok szennyezettségének változása;
- különböző élőlények kipusztulása és ennek nyomán környezetünk biológiai sokrétűségének szűkülése;
- a biotechnológia génmanipulációs kockázata (genetikailag módosult fajták terjedése, nem kalkulálható káros hatású, biológiailag manipulált vagy ellenállóvá vált vírusok, baktériumok terjedése);
- a városok zsúfoltsága és a lakosság életvitelének következményei nyomán fellépő különböző környezeti ártalmak

(levegőszennyezés, a nem megfelelő szemét- és hulladékkezelés és -tárolás kiterjedtsége, zajra visszavezethető ártalmak, a hagyományos energiatermeléssel és -felhasználással összefüggő szennyező tevékenységek);

- a nukleáris iparral összefüggő kockázatok (vegyi szennyeződések, nukleáris sugárzás, hulladéktárolási problémák, használaton kívüli nukleáris erőművek semlegesítésének módjai);
- a vegyi és más szennyező anyagok káros, egymást erősítő kölcsönhatása, e hatások sokasodása;
- a komplex ipari rendszerek sebezhetősége, valamint a meghibásodásnak, merényleteknek, véletlen baleseteknek és természeti katasztrófáknak való kitettség és azok elhárítása;
- mérgező hulladékok nem megfelelő szállításának és tárolásának gyakorisága;
- zárt környezetben fellépő különleges szennyeződések és sugárzások;
- az új népesedési bomba, a migráció, a szuperurbanizáció és deruralizáció, valamint azok közvetlen és közvetett egészségkárosító következményei.³

A makroökológia eddigi kutatási eredményei alátámasztják azt az állapítást, hogy a környezeti problémák kezelését a jövőben is rendkívül bonyolulttá és ellentmondásossá teszik azok az érdeklődések, amelyeket a világgazdaságot meghatározó fejlett államok, továbbá a gazdasági szempontból életképtelen mikro- és miniállamok, a sok száz millió embert tömörítő gazdasági törpék, és a kis területű és lakosságú gazdasági óriások egyidejű létezése teremt.⁴

A HUMÁN MAKROÖKOLÓGIA HAZAI HELYZETE

Összességben megállapítható, hogy a humán makroökológia viszonylag új és hazánkban eddig még rendszeresen nem kutatott tudományterület. Mivel azonban az egészségügy, a környezetvédelem, a gazdaság, a technika fejlesztése, a változó körülmények által felvetett kulturális és vallási kérdések folyamatosan új és új problémákat és feladatokat állítanak eléénk, ennek a tudománynak a

művelése nálunk is elkerülhetetlenné válik.⁵ Mint-hogy a problémakörök és a megoldandó feladatok egyrészt hagyományos kutatási technikák alkalmazását is igénylik, másrészt feltételezik a kutatók, a döntéshozók és a közvélemény együttgondolkodását és együttműködését is, a humán makroökológia csak komplex és interdiszciplináris tudományterületként működhet hatékonyan.⁶

A HUMÁN MAKROÖKOLÓGIA ÉS A JÖVŐKUTATÁS KAPCSOLATA

A jövőkutatásban is megjelenő humán ökológiai kutatások és jövőelképzelések azt jelzik, hogy az emberi társadalom jövőjét illetően döntőnek tarthatók a tényfeltáró és az előretekinthető makroökológiai kutatások eredményei, beleértve azt is, hogy a lakosság folyamatos növekedésével párhuzamosan hogyan lesz biztosítható a fenntarthatóságunk, kü-

lönös tekintettel az éghajlatváltozásra. Ennek érdekében a korai észlelő, érzékelő rendszerek kialakítása is napirendre került. A humán makroökológia multi-, de mindinkább interdiszciplinárisra váló tudománya a civilizáció és a természet egységét, valamint a lakosság jólétét elválaszthatatlanul összekapcsolja a jövőt és a jövőformálást illetően.¹ Ezt alátámasztja az a tény is, hogy a humán makroökológia területe a jövőkutatás kritikus kérdéseinek élvonalában áll, és széles körű hatással van a környezetre, a lakosság egészségi állapotára, továbbá a politikai stabilitásra is. Ezért mind a humán makroökológia szakterületével foglalkozó kutatóknak, tudósoknak, mind pedig a társadalomnak szorgalmazniuk kell a szükséges lépéseket, hogy olyan megoldást találhassunk, amely lehetővé teszi a fajok fenntartását és fejlődését, miközben minimalizálja az ember tevékenysége nyomán keletkező további környezeti károkat.

HIVATKOZÁSOK

¹ Hodge AM. The emerging field of human macroecology. *Scientific American*. 2013 May 28

² Brown JH, Burnside WR, Davidson AD, DeLong JP, et al. Energetic limits to economic growth. *BioScience*. 2011;61(1):19-26.

³ Simai M. A harmadik évezred nyitánya. Budapest: Corvina Kiadó; 2016. 106-9.

⁴ Burnside WR, Brown JH, Burger O, Hamilton MJ, et al. Human macroecology: Linking pattern and process in big-picture human ecology. *Biological Review*. 2012;1987(1):194-208.

⁵ Hideg É, Schmidt P. Humán makroökológia – mint új tudományág. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar – az MTA IX. Osztály Statisztikai és Jövőkutatási Tudományos Bizottsága Tudományos Továbbképző rendezvénye. Alapellátási Szabadegyetem, Győr, 2017. szeptember 23. Abstract book

⁶ Ehrlich PR, Ehrlich AH. Can a collapse of global civilization be avoided? *Proc Biol Sci*. 2013;280(1754):20122845. doi: 10.1098/rspb.2012.2845. Elérve: 2017. 11. 07.

A rákbetegség rejtett rizikófaktorai: a szegénység, a tudatlanság és a felelőtlenség

Hidden risk-factors of cancer: poverty, ignorance and irresponsibility

Ismertető: Simon Tamás professor emeritus ✉
Semmelweis Egyetem ÁOK, Népegészségtani Intézet

Beküldve: 2017. 11. 16.
doi: 10.24365/ef.v58i4.210

Összefoglaló: A daganatos betegségek kialakulásának biológiai-élettani kockázati tényezői mellett nem elhanyagolhatók az egészség-magatartást meghatározó társadalmi-gazdasági, valamint tudati-ismereti tényezők sem. A cikk ez utóbbiakra fókuszál, általános és konkrét példákat vet fel és javaslatokat tesz befolyásolásuk érdekében.

Kulcsszavak: szegénység, tudatlanság, felelőtlenség, rizikótényezők, rákmegelőzés

Summary: Besides the biological-physiological risk factors of the development of tumorous diseases, the socio-economic factors and knowledge, which determine health behaviour should also be taken account. This article focuses on the latter, provides general and specific examples and makes suggestions about the way of influencing them.

Keywords: poverty, ignorance, irresponsibility, risk factors, cancer prevention

BEVEZETÉS

A 21. században a rákbetegség már nem egyenlő a halálos ítélettel, mert a tudomány állása szerint három statisztikailag feltételezett rákbeteg közül az egyiknél a fellépést meg lehet előzni, a másikat meg tudjuk gyógyítani, és csak a harmadikat fogjuk elveszíteni (matematikai valószínűség szerint); de időben történő, célzott beavatkozásokkal ő is tovább marad köztünk, viszonylag jó életminőségben. A fentiek csak a lehetőséget jelentik, tehát elvileg ezt tudja nyújtani a korszerű orvostudomány.

A lehetőségek az egészségügyi ellátórendszer keretén belül valósulhatnak meg, azonban sajnos az egészségügy (az ország fejlettségétől, társadalmi-gazdasági viszonyaitól függően) nem mindig tudja nyújtani azt, amit a tudomány már elérhetővé tenne. Hogy a lehetőségek minél nagyobb százalékban érvényesüljenek, át kell értékelnünk jelenlegi

tudásunkat és gyakorlatunkat a mai Magyarországon is. Ha meg akarjuk előzni a rákot, akkor az ismert rizikófaktorokat kell figyelembe vennünk, értékelnünk:

- dohányzás,
- egészségtelen táplálkozás,
- a stresszfaktorok és a stressztűrés szintje,
- alkoholfogyasztás,
- környezetszennyezés.

Ha időben fel akarjuk fedezni a rákot, akkor szorgalmaznunk kell, hogy az egyén a gyanújeleket komolyan vegye, időben forduljon orvoshoz és vegyen részt a szűrővizsgálatokon. A már felfedezett rákbetegteget pedig mindig abba a centrumba kell küldeni, ahol adottak a korszerű feltételek – patológiai diagnosztika, képalkotó diagnosztika, sebészi szakorvosi lehetőség, a sugárterápia lehetősége, a kemoterápia alkalmazásának lehetősége –, és van kellő gyógyítási tapasztalat is.

Az egészséget több tényező határozza meg: életmód (35%), környezet (30%), öröklés (20%), egészségügyi ellátás (15%). Ha elemezzük ezt a négy, alapvetően meghatározó, befolyásoló, általános kockázati tényezőt, akkor kiemelten kell foglalkoznunk további három, a címben is kiemelt társadalmi meghatározottságú faktorial: a szegénységgel, a tudatlansággal és a felelőtlenséggel.

KOCKÁZATOK AZ EGYÉN OLDALÁRÓL

Felvetődik a kérdés, hogy mennyiben befolyásolják a fenti tényezők az esetleges öröklés meghatározó hatását. Az öröklött hatásokról mindenképpen jó, ha tudunk, komolyan vesszük azokat. (Az orvosnál, védőnőnél felvett anamnesztikus adatok között ezért is szerepelnek a családi előfordulásra vonatkozó kérdések.) Ha az egyén nem tudja, hogy ezek a hatások léteznek, akkor az, aki örökletesen is veszélyeztetett, valószínűleg nem tesz semmit az időbeni felismerésért, a kockázati helyzet megszüntetéséért (ez a tudatlanság esete).

A tudatlanság az egészségügyi ellátás eredményességét súlyosan hátráltatja azért, hogy a lakosság nem törekszik a megelőzésre, gyakran nem tudja, hogyan és hol lehet igénybe venni az egészségügyi ellátást. A beteg aktív közreműködése nélkül egészségi állapota nehezebben javul, illetve azt a hatékonyságot, amelyre ma már képes lenne az adott egészségügyi ellátás, így nem érheti el.

Napjaink gyakran felvetődő kérdése még a védőoltások dilemmája. Számos, védőoltással megelőzhető betegségre nagy fertőzési kockázatunk van. Ez a kockázat a védőoltásokkal megszüntethető. Ha nem veszünk részt a védőoltási programban, az részben a tudatlanság, részben a felelőtlenség körébe tartozik, ezeknek a mulasztásoknak súlyosan káros hatásai lehetnek.ⁱ

Az életmód közismerten lehet veszélyeztető (megbetegítő), illetve védő (protektív) hatású. A védő tényezők tudatos alkalmazását főleg a tudatlanság és a felelőtlenség akadályozza.

Az egészséges életmód 12 pontjából általában csak négyet-ötöt ismernek az emberek. A többi hét

szabály ismertségi szintje nem éri el az 50%-ot, de van, amelyik a 10%-ot sem.

Ezek a protektív tényezők a következők, védőhatásukat százalékban is kifejezve:

- egészséges táplálkozás 95%,
- testmozgás 85%,
- stressztűrés 65%,
- nemdohányzás 65%,
- mérsékelt alkoholfogyasztás 57%,
- drogtagadás 40%,
- balesetvédelem 3%,
- kiegyensúlyozott szexualitás 30%,
- a környezetünk védelme, tisztelete 6%,
- időben való orvoshoz fordulás 27%,
- együttműködés az egészségüggyel 3%,
- személyi higiénia 12%.

Amit az emberek nem élnek meg tudatosan, vagyis nincs tudomásuk róla, az tudatlanság. Ebből következik, hogy ha a valakinek nincsenek kellő ismeretei, nem tudja, miért és hogyan védekezzen.

Vannak szabályok, amelyeket az emberek általában eléggé ismernek (pl. a rendszeres és szappanos kézmosás), de nem követik őket. Ez viszont az ismeretek birtokában felelőtlenség.

A környezet bizonyos esetekben egyre inkább az ember ellen fordul (szennyezett levegő, vizek, klímaváltozást fokozó ipari, közlekedési tevékenységek, a természeti kincsek pazarlása stb.). Miért fokozódnak a károsító hatások? Mert a fogyasztói társadalom fokozott igénybevételével folyamatosan károsítjuk, romboljuk a természeti környezetet. A 20. század második felétől a *Homo sapiens*, a gondolkodó ember kihalóban van. Ezt az emberiséget egy új, ön- és közveszélyes ember kezdi uralni, a „*Homo naturum destruens*”, a természet- és környezetkárosító ember típusa. Ezt az embert a tudatlanság és a felelőtlenség vezérli. A két ártalmas jelenség elhatalmasodásáért a társadalom és az egyén együttesen felelős.

A környezet tudatos védelmét a gazdasági és egyéni szegénység egyaránt akadályozhatja, mivel pl. drágulnak az ipari és lakossági védelmi beruházások. Ezek elmaradását nem szabad engedni, és ez már ösztársadalmi felelősség.

ⁱ A kötelező gyermekkori védőoltásokat Magyarországon az egészségbiztosítás ingyenesen nyújtja, elmulasztásuk a gyermekek egészséghez való alapvető jogát sérti, a gyermek szülője jogszabály szerint felelősségre vonható.

KOCKÁZATOK AZ ELLÁTÓI OLDALON

Az egészségügyi ellátás egészséget meghatározó, pozitív hatásait az ország társadalmi-gazdasági helyzete, szegénysége gátolhatja, mivel az egészségügyi kiadásokra rendelkezésre álló kevés pénzből nem lehet minden jogos és indokolt ellátási szükségletet kielégíteni. Ez akadályozhatja a hatékony prevenciót, az időbeni felismerést és a gyógyítást egyaránt. Ha egy országban nincs megfelelő anyagi lehetőség arra, hogy a lakossághoz közel vigyük a genetikai tanácsadást, a magzati szűrővizsgálatokat (labor, ultrahang stb.), az egyes védőoltásokat, akkor a szegénység miatt nem lesznek elérhetők. Számos közepes és gyenge gazdaságú országban, főként Európán kívül, ez a helyzet.

Probléma lehet, ha az ellátók első vonala (az alapellátásban dolgozó házi orvos, házi gyermekorvos, védőnő) nem tudja, hogy vannak ilyen lehetőségek, illetve ha nem úgy és nem abban az időben javasolja a vizsgálatot, utalja be a gondozottat, ahogy azt a szakmai szabályok indokolják, az már szakmai felelőtlenség, sőt mulasztás.

Az egészségügyi ellátás egészséget befolyásoló kockázati tényezői lehetnek a felelőtlenség különböző formái:

- az általános döntéshozói pozitív hozzáállás hiánya,
- intézeten és hálózaton belül a szakmai szabályok negligálása,
- a lakossági compliance hiánya.

E három említett rizikófaktor meghatározza a többi érvényesülését is, ezért ellenük szigorúan fel kell lépni: az egyéneknek, az egészségügynek és a társadalomnak (és ezen belül döntéshozói és közigazgatási szinten egyaránt).

Legkevésbé a szegénységen tudunk egyénileg változtatni, ahhoz társadalmi-gazdasági beavatkozások kellenek, azonban a tudatlanság csökkentése és a felelőtlenség visszaszorítása mindannyiunk feladata, következetesen gondolni kell rá és tenni kell ellene.

ÖSSZEGZÉS

A címben felsorolt három, régi és mai kockázat eddig jobbára háttérben maradt az elemzések során. Számos pozitív irányba befolyásoló aktivitásra van ma már lehetőség ezeknek a tényezőknek a negatív hatásai ellen:

- Szisztematikusan kell gondolkodni megelőzésükről és megszüntetésükről.
- Következetesnek kell lenni és összehangolt beavatkozást kell végrehajtani egyéni és társadalmi szinten.

Tudomásul kell venni, hogy ezek negatív hatásai ellen az egyéneknek, a közösségeknek, az ellátórendszernek és ellátóhelyeknek, valamint a döntéshozóknak is lehet és kell is tenniük.

Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására

Fullback tactics against obesity – Complex interventions to control obesity

Szerző: Vitrai József^a✉, Bakacs Márta^b
a: Emberi Erőforrások Minisztériuma, b: Országos Gyógyszerészeti és
Élelmezés-egészségügyi Intézet

Beküldve: 2017. 11. 16.
doi: 10.24365/ef.v58i4.211

Összefoglaló: A túlsúly és az elhízás komoly terhet jelent az egyének, a családok és az egész társadalom számára. A magyarországi elhízás visszaszorítására komplex kormányzati intézkedéscsomag összeállítása indokolt, hasonlóan a dohányzás elleni küzdelemben hatásosnak bizonyult csomaghoz. Ennek fő elemei: egyrészt az elhízás megelőzése, a lefogyásra vonatkozó tudás bővítése, másrészt a viselkedésváltozás motiválása, harmadrészt pedig a megelőzést és a lefogyást támogató környezet kialakítása. A három cél egyidejű teljesítése korszerű elméletekre és nemzetközi tapasztalatokra alapozott, több szektorra kiterjedő, komplex program megvalósítását teszi szükségessé.

Kulcsszavak: elhízás; komplex beavatkozás; egészségmagatartás, környezet

Summary: Overweight and obesity put serious burden on individuals, on families, and on the whole society. To control the obesity in Hungary, it is suggested to assemble complex, effective governmental interventions similar to those against the smoking. Interventions aim, firstly to improve the knowledge on prevention of obesity and on losing weight, secondly to motivate people to change their behavior, and thirdly to build environment for supporting the lifestyle leading to prevention and losing weight. To meet this triple goals at a time, it is necessary to carry out complex program by multiple sectors using current theories and experiences.

Keywords: obesity; complex intervention; health behavior; environment

BEVEZETÉS

Írásunkban amellet érvelünk, hogy új taktika szükséges a hazai „elhízásjárvány” legyőzéséhez. Az elhízás visszaszorítása csakis sokszereplős, egyidejűleg sok szinten, sokféle beavatkozással valósítható meg.

A túlsúly és az elhízásⁱ gyakorisága világszerte növekszik.¹ Kutatások igazolják, hogy a magas testtömegindex számos és egyre többeket érintő krónikus betegség okozója, mint a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a krónikus vesebetegségek, többféle daganatos és mozgásszervi betegség.

ⁱ Túlsúlyosnak azok minősülnek, akiknek a testtömegindexe nagyobb, mint 25; elhízottnak számít, akinél ez az érték 30 vagy annál nagyobb. Testtömegindex: kilogrammban mért testsúly osztva a méterben megadott testmagasság négyzetével; angolul *body-mass index*, BMI.

Az elhízás az egészségügyi kiadások 2-8 százalékáért és a halálozások 10-13 százalékáért felelős az Európai Régióban.ⁱⁱ Hazánkban a felnőtt lakosság 54 százaléka túlsúlyosnak vagy elhízottnak számított a 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés során bemondott testsúly és testmagasság alapján.² A felmérés kisebb mintáján megvalósított Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálatban, a mért adatokra alapozott számítások szerint a felnőttek 62%-a volt túlsúlyos vagy elhízott.³ A fejlett országok ranglistáján Magyarország az elhízottak 30%-os arányával az USA, Mexikó és Új-Zéland után a negyedik leginkább érintett.^{4,iii}

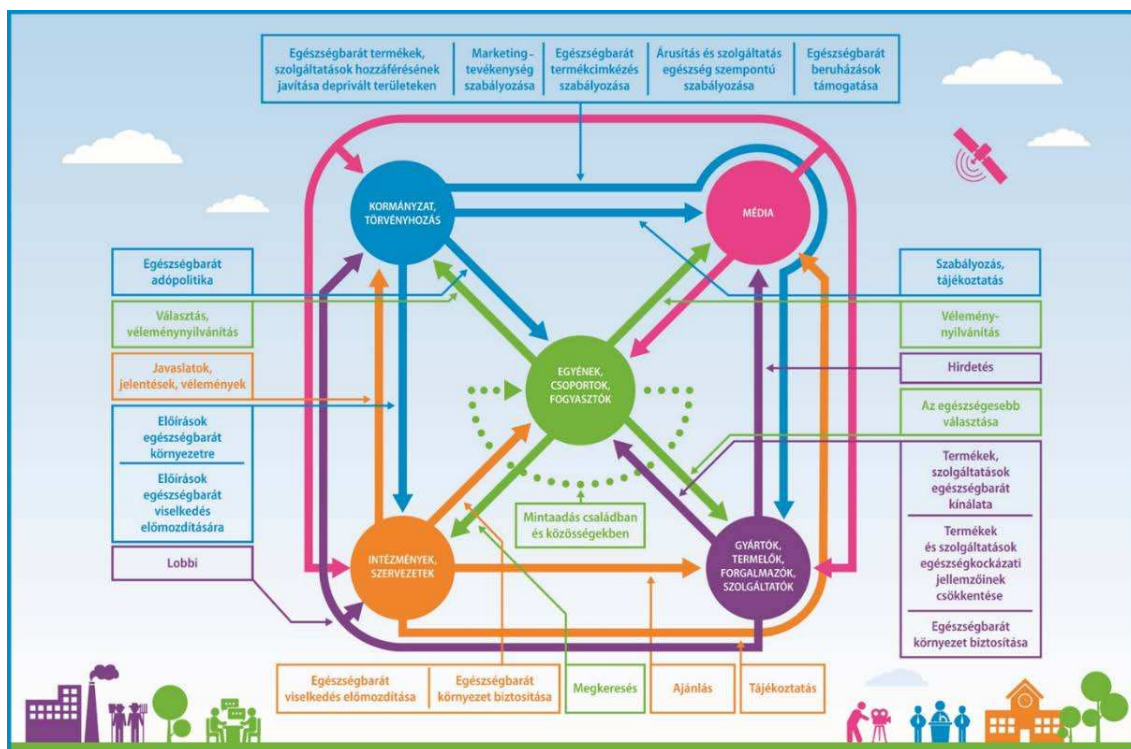
A 11-13-15 éves magyar iskolás fiúk körében a túlsúly és elhízás együttes aránya (31-28-24 százalék) meghaladja a más európai országokban mért értéket.⁵ Az OECD legfrissebb adatai alapján Magyarországnál (25,5%) az európai tagországok közül csak Portugáliában (28,5%), Görögországban (29,4%) és Spanyolországban (31,9%) volt gyakoribb a mért értékek alapján számított gyermekkori elhízás.⁴ Norvégiában volt a legkevesebb gyermek (14,5%) túlsúlyos vagy elhízott, ami 11 százalékponttal alacsonyabb a magyar értéknél.

A magyarországi elhízás visszaszorítására egy komplex kormányzati intézkedéscsomag összeállítása indokolt, hasonlóan a dohányzás elleni küzdelemben hatásosnak bizonyult csomaghoz, egyrészt az elhízás megelőzésére és a lefogyásra vonatkozó tudás bővítésére, másrészt a viselkedésváltozás motiválására, harmadrészt a megelőzéshez és a lefogyáshoz vezető életmódot támogató környezet kialakítására. A három cél egyidejű teljesítése korszerű elméletekre és nemzetközi tapasztalatokra alapozott, több szektorra kiterjedő, komplex program megvalósítását teszi szükségessé.

BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK

A programmal kapcsolatos komplexitás követelményét számos közlemény teszi nyilvánvalóvá, hiszen az egészséget különböző szinteken, sokféle tényező egyidejűleg befolyásolja. A társadalmi-gazdasági, kulturális és környezeti hatások kétséget kizáróan szerepet játszanak az egyének, sőt a közösségek magatartásában, illetve azt meghatározó biológiai és mentális jellegzetességek alakulásában.

1. ábra: Egészségbárát viselkedést befolyásoló hatásháló



ⁱⁱ WHO European Region; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity> (Elérve: 2017. 11. 11.)

ⁱⁱⁱ Obesity Update 2017, OECD; <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> (Elérve: 2017. 11. 11.)

Mivel az elhízás hátterében sokféle egyéni, közösségi és környezeti tényező komplex rendszere áll, az elhízás visszaszorításában siker csakis több szinten, sok szereplő többféle, térben és időben összehangolt tevékenységével érhető el⁶, amint azt a *The Lancet* elhízással kapcsolatos cikksorozatából átvett 1. ábra illusztrálja.⁷⁸

Az elhízás visszaszorítását célzó, javasolt komplex program három említett célkitűzése a viselkedésváltoztatás ma leginkább elfogadott modellje (COM-B) alapján került kijelölésre.⁹ A viselkedépszichológia közelmúltban integrált elmélete ugyanis kimondja, hogy az egyének és a közösségek viselkedését (1) a tudás, azaz a fizikai és mentális képességek, (2) a motivációk és szokások, valamint (3) a társas és fizikai környezet együttesen határozzák meg. Az elhízás megelőzéséhez és a fogyáshoz vezető életmód magyarországi elterjedéséhez ebből következően mindhárom célterületen egyidejűleg kell változást elérni. A következőkben sorra vesszük, hogy az adott cél eléréséhez milyen beavatkozások jöhetnek számításba

Tudásbővítés

Az elhízáshoz vezető, illetve a lefogyást támogató egészségmagatartás okainak és következményeinek megértésére, a problémához kapcsolódó ismeretek fejlesztésére elsősorban széles körű, célcsoport-specifikus kommunikációs kampányok jöhetnek szóba.

Célcsoportként praktikus külön kezelni a gyermekeket, fiatalokat, mivel ők egyfelől könnyen elérhetőek a köznevelési intézményekben, másfelől a náluk elért változás egész életükre, így idővel az egész társadalomra kihat. További előnyt jelent esetükben, hogy az őket egészséges életmódra nevelő pedagógusok képzése-továbbképzése koncentráltan, a felsőfokú intézményekben megoldható. Az elhízás megelőzéséhez vezető táplálkozási, testmozgási ismeretek fejlesztése, a szükséges készségek kialakítása az óvodában és az iskolában részben kötött foglalkozások (előadások, filmvetítések, tanórák), rész-

ben kötetlen játékok, versenyek segítségével történhet. Erre jó példa a 2007 tavaszán, az akkori Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet által, nemzetközi programok mintájára kidolgozott HAPPY („Hungarian Aqua Promoting Program in the Young” – „Magyarországi vízfogyasztást népszerűsítő program a fiatalok körében”) modellprogram, melyben a pedagógusok számára készített oktatási segédanyagok, óravázlatok mellett számos, tanórán kívüli kreatív, játékos programelemmel népszerűsítik a vízfogyasztást.

Újabban egyre több honlap^{iv}, okostelefonra fejlesztett program^v kínál a gyermekek számára vonzó, játékos lehetőséget az egészséges magatartáshoz szükséges ismeretek megszerzéséhez. Ilyen kommunikációs formák alkalmazása – egyelőre meggyőző bizonyítékok híján^{10,11,12,13} – feltehetően növelheti a gyermekeket és a fiatalokat célzó kommunikáció eredményességét.

A középkorúak felé irányuló kommunikáción belül érdemes az életkoron túl, más szociális-demográfiai jellegzetességek alapján alcsoportokat képezni. Közülük elsősorban az alacsony iskolázottságúak jöhetnek számításba, hiszen az elhízás kockázata főként ebben a csoportban magas. Esetükben leginkább a hagyományos kommunikációs csatornák lehetnek hatásosak, mint az újságok, a tv és a rádió. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismereteik növelésére a napjainkban közkedvelt főzőműsorok, főzőversenyek, vetélkedők lehetnek eredményesek. Specifikus kommunikációval kellene megszólítani a gyermeket tervező és a gyermeket nevelő szülőket, mert az ő magatartásuk meghatározó a családban élők életmódját illetően. Az őket célzó kommunikációnak főként az elhízás életminőséget érintő következményeire (pl. érintettekkel készített interjúk a mozgásszervi elváltozásokról), továbbá a lefogyáshoz vezető különféle lehetőségek (pl. elhízottaknak ajánlott aquafitness^{vi}) bemutatására kellene fókuszálnia.

Az életkor mint célcsoportképző sajátosság az idősebbeknél is felmerül. Az ő esetükben a speciális kommunikációt az elhízás következményeként várhatóan fellépő magas egészségügyi ellátási költség

^{iv} <http://www.okosdoboz.hu/>, <http://www.tinivagyok.hu/temak/tinikonyha>, https://www.learninggamesforkids.com/health_games.html, <https://www.healthyeating.org/Healthy-Kids/Kids-Games-Activities>, <http://pbskids.org/games/healthy-habits/> (Elérve: 2017. 11. 12.)

^v <https://play.google.com/store/search?q=eg%C3%A9szs%C3%A9g%20gyerek&c=apps>, <https://www.bestappsforkids.com/category/kids-apps-by-category/health-apps-for-kids/>, <https://www.commonssensemedia.org/lists/best-health-apps-and-games-for-kids> (Elérve: 2017. 11. 12.)

^{vi} http://www.webbeteg.hu/cikkek/sport_egeszseg/9767/aquafitness-edzes-es-torna-a-vizben (Elérve: 2017. 11. 12.)

magyarázza. E célcsoportban a testmozgás előmozdítása különösen indokolt, hiszen az nemcsak az elhízás megelőzését és a fogyás elősegítését szolgálja, hanem az esetükben gyakran végzetes következményekkel járó elesés megelőzését is. Ebben a korban a mozgás pszichés hatása sem elhanyagolható, mivel a mozgás esetükben örömmérettel jár, segít a mozgékonyág megőrzésében, véd az egyhangúság és – csoportos formában végezve – az elszigetelődés ellen is. Alkalmos kommunikációs forma lehet számukra a hagyományos média, valamint tájékoztató anyagok kihelyezése a gyógyszer-tárakban.

Motiváció

Az elhízás visszaszorítását támogató kommunikáció során törekedni kellene arra, hogy a tudásnövelés mellett motiválja is egészséges táplálkozásra és testmozgásra az adott célcsoportot. Erre jó példa lehet a dohányzás ártalmait sokkolóan bemutató „Tanácsok korábban dohányzóktól” kommunikációs kampány bizonyított hatásossága.¹⁴ Ahogy ebben a kampányban is, az érintettek magukról szóló beszámolóit erősen motiválóak, mert hitelessé és ezzel meggyőzővé teszik a kommunikációs üzeneteket.

Számos fejlett országban található jó példa az elhízás megelőzését célzó kommunikációs kampányra.ⁱⁱⁱ A Spanyolországban, Németországban, Észtországban, Chilében, Mexikóban és Új-Zélandon is megvalósított „Naponta 5” kampány mellett, Dániában „Naponta 6”, Nyugat-Ausztráliában „Naponta 2+5”, az Egyesült Államokban „Gyümölcs és zöldség – a több számít!” szlogennel mozgósítják a lakosságot a több gyümölcs- és zöldségfogyasztásra. A Magyar Zöldség-Gyümölcs Szakmaközi Szervezet 1997-ben indította el az amerikai „Naponta 5” magyarországi adaptációját, a „Naponta 3x3” programot.^{vii} Honlapjukon a gyümölcs és zöldségfogyasztást támogató ismeretek mellett, mozgósító eseményekről szóló hírek is találhatóak.

Motiválásra a kommunikációs szakemberek különböző csatornákat, formákat alkalmaznak világszerte. Franciaországban 2001 óta az egészséges étkezésre és mozgásra buzdító „Egyél, mozogj!” kampány a hagyományos médián kívül videókat és

lakcímeke eljuttatott szóróanyagokat valamint e célra működtetett honlapot használ a lakosság elérésére. Az ausztrál „Élj könnyebben!” kampány ingyenes receptekkel, az egyéni étkezés és testmozgás megtervezését szolgáló naplókcal motiválja egészséges táplálkozásra és több mozgásra a lakosságot 2012 óta. Írországban a 2013-ban indított „Figyeljünk a gyermekelhízásra!” kampány keretében gyakorlati segítséget, étkezési tervezőnaplót, ételkészítési ötleteket adnak a szülőknek az elhízáshoz vezető szokások megváltoztatásához. A magas energiatartalmú ételek fogyasztásának visszaszorítására 2013-ban Mexikóban indított átfogó médiakampány a tv-ben, az interneten, a rádióban, a mozifilmek előtt, a plakátokon és a tömegközlekedési eszközökön megjelenő üzenetekből állt.

Főképpen a fiatal felnőtteket célozzák a közösségi média alkalmazásával megvalósított kampányok. Hollandiában az egészséges élelmiszerek^{viii} választásának bátorítására honlapon, mobiltelefon-applikáción és online eszközökön kínálnak egészséges étkezéshez recepteket, ötleteket. Ezek segítséget nyújtanak a felhasználóknak a viselkedésük lépésről lépésre történő megváltoztatásához, egyéni igényekhez igazodó tanácsokkal, videókkal. A chilei kormány 2013-ban indította „Válaszd az egészséges életmódot!” kampányában – szociális marketing-elemként – kínált kalóriabevitel-számító internetes alkalmazást. Hasonlóan, Észtországban online kampányt indítottak a magas só- és cukortartalmú élelmiszerek fogyasztásának visszaszorítására. A kampány honlapján lehetőség volt a fogyasztani kívánt ételek só- és cukortartalmának meghatározására, továbbá a forgalomban lévő termékek tápanyagösszetételének ellenőrzésére. Svájcban fizikaiaktivitás-versenyre hívták a kantonokat 2015 nyarán, melynek során a résztvevők mobilapplikációval vagy egy honlapon online nevezhettek. Az egy hétig tartó versenyben 88 ezren összesen több mint egymillió kilométert gyalogoltak. 2014-ben a só-, cukor- és telítettségsav-fogyasztás csökkentését célzó, angol „Okos váltás” kampányban az ételkészítési ötletek, receptek mellett egy „Legyél étel-okos!” mobilapplikációt lehetett letölteni a kampány honlapjáról, ami a csomagolás vonalkódja alapján

^{vii} www.3x3.hu; (Elérve: 2017. 11. 12.)

^{viii} Olyan élelmiszerek, amelyeknek fogyasztása az egészség szempontjából előnyös

kijelezte a termék só-, cukor- és zsírtartalmát. Az egészséges táplálkozásra és a testmozgásra motiválást szolgálhatják egyének vagy közösségek számára rendezett, médiában követett, országos és helyi vetélkedők, versenyek vagy támogatásra, díjakra kiírt pályázatok. Ezek a motivációs eszközök hozzájárulnak a közösség normáinak, értékeinek, és ezáltal az egyénekekkel szemben megnyilvánuló elvárásoknak a kialakulásához, mobilizálva ezzel a közösség tagjait az elvárt viselkedés irányába.¹⁵ Ezt támasztják alá például az Országos Egészségfejlesztési Intézet és az Egészségesebb Munkahelyekért egyesület „Közösen-könnyebben” életmódprogramjának^{ix} vagy az „Egészségedre – Mókuserék helyett” munkahelyi közösségek számára kiírt pályázatának^x tapasztalatai is.

Itt kell említést tenni az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek reklámozásának szabályozásáról, azaz a motiválás korlátozásáról. A fejlett országok között elterjedt gyakorlat a gyermekeket és fiatal felnőtteket célzó, étel- és italreklámok korlátozása. Például Spanyolországban, Izlandon, Chilében és Mexikóban tilos ételt és italt reklámozni a tv-ben és a rádióban azokban az órákban, amikor a nézők-hallgatók zömét gyerekek teszik ki. Ugyancsak tiltottak az ilyen reklámok a tömegközlekedési eszközökön például Ausztráliában, Norvégiában a közterületeken, ahol a gyártók és forgalmazók önkéntes korlátozást vállaltak a 13 évnél fiatalabbak védelmében 2013-ban. A korlátozás kiterjed a 18:30 előtt vetített reklámfilmekre, versenyekre, interaktív játékokra. A magas só-, zsír- és cukortartalmú termékek reklámjára Dániában már 2008 óta érvényben van hasonló, a televízióműsorokra, a nyomtatott sajtóra és az internetre vonatkozó megállapodás. A 14 év alattiaknak szánt hirdetéseket tiltja egy chilei törvény akkor, ha egy megadott háttérértéket meghalad a reklámozott termékben a kockázatot

jelentő tápanyag. Lettországon és Litvániában tilos energiatartalmú hirdetni 18 évesnél fiatalabbaknak szánt tévéprogramok előtt, alatt, után, továbbá oktatási intézményben és sportlétesítményekben. Az szlovén ipar önként vállalta a cukros üdítők reklámozásának 12 év alatti gyermekekre vonatkozó korlátozását iskolában, újságokban. Kutatások azt igazolják, hogy az említett korlátozások pozitív

hatással járnak mind a tápanyagenergia-bevitel, mind az ételminőség, és valamennyire a reklámnak való kitettség területén. A tapasztalatok szerint azonban az önként vállalt korlátozások – a sajátos ipari érdekeknek megfelelően – a jogszabályokkal szemben kevesebb eredménnyel járnak.^{16,17}

Környezet

A társas környezet fontossága az elhízás megelőzéséhez és a lefogyáshoz vezető életmód kialakításában az előzőekben, a motivációknál már említésre került. Ugyanis a társas környezet, azaz a család, a barátok, a munkatársak, a látókörünkbe került véleményvezérek (mai szóhasználatnál a celebek) véleménye, elvárásai egyértelműen meghatározzák motivációinkat, és ezáltal viselkedésünket. A továbbiakban az épített valamint az információs környezetnek az elhízás visszaszorításában szerepet játszó jelentős funkciójáról lesz szó.

Az épített környezetnek az egészséges táplálkozásban és testmozgásban játszott szerepe már évek óta a népegészségügyi szakirodalom fókuszában áll.¹⁸ A nemzetközi tapasztalatok felhasználásával, különböző szakterületek együttműködésének eredményeként 2016-ban Magyarországon is elérhetővé vált egy egészséges életmódot támogató várostervezésre vonatkozó ajánlás.¹⁹ Az ajánlások egy részének megvalósítása a gyaloglás és a kerékpározás elterjesztését szolgálja (pl. sétálásra invitáló környezetben járművektől jól elkülönített járdák kialakítása, a liftek helyett a lépcsőhasználatot támogató épülettervezés vagy biciklitároló és öltöző épületen belüli biztosítása a munkahelyeken), más, itt releváns része az egészséges táplálkozást támogatná (pl. kisebb termelői piacok helyének kialakítása). Az elhízás visszaszorítása érdekében jogszabály írhatná elő az ilyen ajánlásoknak a városfejlesztés és egyéb építészeti tevékenységek során való figyelembevételét. Ezáltal olyan épített köztereket, épületeket lehetne kialakítani, melyekben az ott élők gyakrabban választanának egészséges élelmiszereket, ételeket, és többet mozognának. Az egészséges táplálkozás előmozdítása érdekében a jelenleginél sokkal jobban kellene informálni a fogyasztókat. Ehhez a forgalmazókat, vendéglátókat kötelezni kellene arra, hogy az élelmiszerek és az

^{ix} <http://regi.oefi.hu/lakossagi.htm> (Elérve: 2017.10.17.)

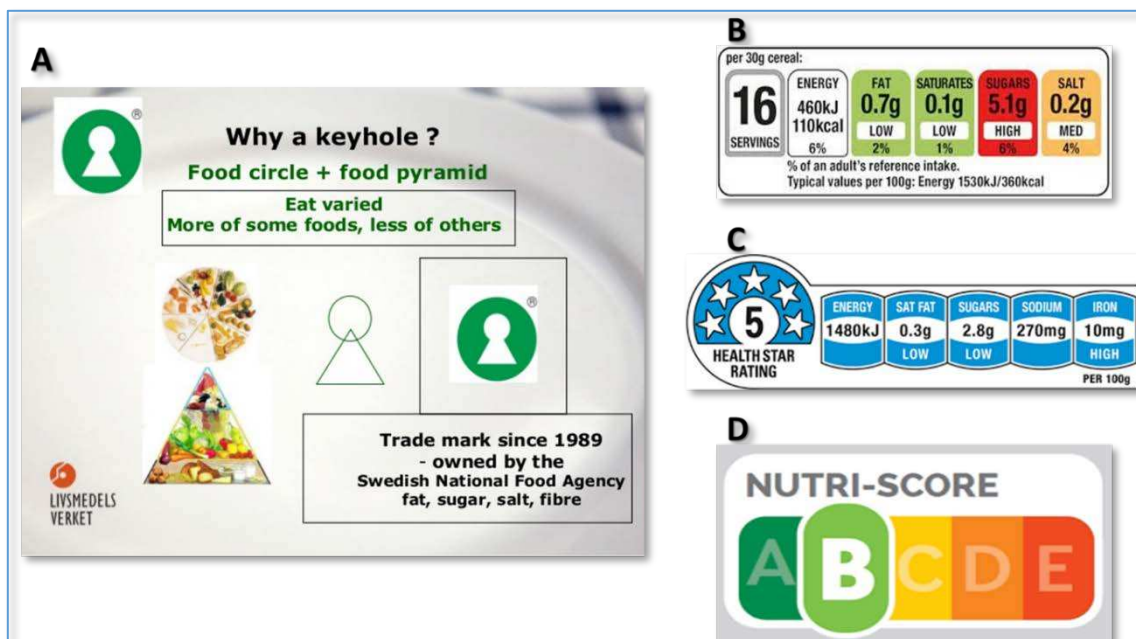
^x <http://mokuskerkehelyett.blog.hu/> (Elérve: 2017.10.17.)

ételek egészségkockázatot jelentő tulajdonságait könnyen érthető formában tüntessék fel a csomagoláson vagy az éttermi menüben. Néhány államban már kötelező feltüntetni az ételek energiataralmát az étlapon (pl. 2017 májusától USA-ban az étteremláncokra nézve, néhány ausztrál államban 2016 óta, a kanadai Ontarióban 2017-től kezdődően). A menüben az ételek mellett a tápanyagösszetételnek is szerepelnie kell, írja elő néhány önkormányzat például New York Cityben és Philadelphiában, de hasonló szabályozás van érvényben Kalifornia és Vermont államban is. Egy ausztrál esettanulmány szerint az étlapon szereplő tápanyaginformációk miatt a fogyasztók 120 kcal-val kisebb energiataralmú ételeket választottak. Mások csak kismértékű csökkenést tudtak kimutatni az energiabevitelben, bár a megkérdezettek 28%-a állította, hogy választásukat befolyásolták az energiataralomra vonatkozó információk. Egyelőre nem állnak rendelkezésre meggyőző bizonyítékok az

étlapon szereplő tápanyag-összetétel hasznosságára.²⁰ Az írásos tájékoztatás helyett ugyanakkor a jelek és jelképek sokkal hatásosabbnak bizonyultak az egészséges étkezés előmozdításában.

A fogyasztó egészséges választását támogatná, ha az élelmiszergyártók, forgalmazók és a vendéglátók könnyebben értelmezhető jeleket, jelképeket alkalmaznának. Például a csomagolt termékek címkézésére többféle gyakorlat említhető. A zöld kulcslyukkal jelzett élelmiszerek megfelelnek annak az elvnek, hogy bizonyos élelmiszerekből többet, bizonyosakból kevesebbet egészséges fogyasztani [2. ábra; A]. Az élelmiszerek fő tápanyagaira vonatkozó mennyiség, a napi ajánlott mennyiségben mért arány mellett a közlekedési lámpák színjelzéseinek használata illetve csillagokkal osztályozása is használatos (2. ábra; B és C). A vásárlás közbeni gyors informálást feltehetően jobban szolgálja a csak színeket alkalmazó besorolás (2. ábra; D).

2. ábra: Különböző élelmiszer-címkézési formák



A tájékoztatás egyszerűsége feltétele az egészséges választás hatásos befolyásolásának. Így az energiaegységet jelölő csokoládészelet, sütemény vagy esetleg piros felkiáltójel egyértelmű üzenet lehet például a határértékhez közeli mennyiségben jelen lévő transzsírsavra, sóra. (A New York Cityben működő étteremláncok számára például már

most kötelező figyelmeztető jelet tenni a 2,3 g só-tartalmat meghaladó ételek mellé.)

Az egészséges választást befolyásoló információs környezet legfontosabb tényezője a média. A napilapok, a folyóiratok és a televíziós műsorok kiemelt szerepet játszanak az egészséggel kapcsolatos tudás és motiválás szempontjából. A médiamunkás

tájékozottsága azonban alapvetően meghatározza a lakosságnak az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteit és motiváltságát is. Emiatt a népegészségügyi rendszernek az elhízásra vonatkozó, hiteles információkat összefoglaló sajtóanyagok közreadása mellett rendszeres találkozókat lenne érdemes szerveznie a médiamunkások tematikus felkészítésére.

Az információs környezetet – és természetesen a tanulók fizikai-szellemi környezetét is – meghatározó másik tényező az oktatási szektor. A köznevelési és a felsőfokú oktatási intézmények állami fenntartása kiváló lehetőséget kínál közvetlen beavatkozásra, hiszen a központi irányítással, finanszírozással viszonylag hatékonyan alakítható ki az elhízás megelőzését és visszaszorítását előmozdító környezet. Ez részben az egészséges táplálkozásra és a testmozgásra vonatkozó ismeretek és készségek fejlesztésével érhető el, megfelelő tananyagok és nevelési programok révén, részben az egészséges ételeket biztosító közétkeztetéssel, részben a mindennapi testnevelést támogató infrastruktúrával, összességében pedig a motiváló intézményi kultúra kialakításával hozható létre.^{21,22}

Az előzőekben már említett okok miatt a bölcsődei, óvodai és iskolai étkeztetés kulcsszerepet játszik a hazai étkezési kultúra fejlesztésében. Az otthonról hozott, rossz étel- és italfogyasztási szokások megváltoztatásához – amint azt korábban is hangsúlyoztuk – nem elég új ismereteket átadni, hanem a meggyőzés (motiváció) és az új fogyasztási szokásokat támogató környezet is elengedhetetlen. A gyermekek étkezési kultúrájának kedvező irányú változtatásához tehát a bölcsődében, az óvodában és az iskolában az egészséges ételeken^{xi} túl az ételek kulturált elfogyasztásához szükséges környezetet^{xii} – beleértve a kellemes érzést nyújtó helyiséget, a kényelmes bútorzatot, az ízléses és higiénikus edényeket, evőeszközkészletet, a felszolgálás módját – és nem utolsósorban, elegendő időt is

kell biztosítani.

Az elhízás megelőzését és a lefogyást támogató környezet természetesen magába foglalja az egészséges életmódhoz szükséges termékek, szolgáltatások hozzáférhetőségét is. Ez alatt legtöbbször az elérhetőséget, a rendelkezésre állást, illetve a megfizethetőséget értik. Az elhízás visszaszorításának szempontjából kétségkívül támogató környezet az, ahol a lakóhely közelében olcsó és egészséges élelmiszereket árulnak, továbbá ahol ingyen vagy csupán jelképes összegért többféle sportolási lehetőség vehető igénybe.^{xiii} A központi vagy helyi adópolitika például jelentősen képes befolyásolni az egészségbarát termékek hozzáférhetőségét^{xiv}, de az 1. ábrán a hozzáférést befolyásoló számos kormányzati intézkedés is megfigyelhető. Az egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez való hozzáférés korlátozására a csomagolt vagy felszolgált adag méretének szabályozása is megoldás lehet. Az édességipari cégek például – reagálva (kihasználva?) az egészségkultúra változására, illetve a hatóságok „ösztökélésére” (értsd: adóemelés) – időről időre csökkentik a csokoládészeletek méretét, miközben az árát változatlanul hagyják. Az adagok korlátozásának egy másik példája New York City Egészségügyi Bizottságának 2012-es döntése, melyben a gyorséttermekben árult cukros üdítők poharának úrtartalmát fél literben maximalizálta.^{xv} A nagy élelmiszeripari cégek azonban bírósági úton elérték, hogy a város 2014-ben visszavonja ezt a jogszabályt. Az előző példák arról tanúskodnak, hogy a nagy, globális vállalatok gazdasági érdekeiket követve akadályozhatják az egészséget védő szabályozást, de akár önként is hozhatnak egészségbarát döntéseket. Így talán a nem túl távoli jövőben a felszolgált adagok – az energiabevitel csökkentése érdekében – jóval kisebbek lesznek, és a mai átlagos adagokhoz szokott vendégek felár megfizetésével juthatnak csak „extra nagy” porcióhoz.

^{xi} Ezt a célt szolgálja a közétkeztetést szabályozó 37/2014. EMMI rendelet, illetve az iskolabüfék, étel-, italautomaták kínálatát szabályozó, a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/1012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 129.§ és 130.§-a. Ennek megfelelően a nevelési-oktatási intézményben, valamint a nevelési-oktatási intézményen kívül a gyermekek, tanulók részére szervezett rendezvényeken a népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény hatálya alá tartozó termékek nem árusíthatók.

^{xii} Ilyen fejlesztésekre lehet pályázni a Mintamenza kezdeményezés keretében: <http://www.mnhsz.com/mintamenza/1-milliard-forint-palyazati-forras-a-gyermeketkeztetes-fejlesztesere> (Elérve: 2017. 11. 14.)

^{xiii} A két életmódtényező össze is kapcsolható: sportlétesítményekben, sportrendezvényeken egészséges étel-ital kínálat, mint például az Európai Egészséges Stadionok Hálózata; <http://healthystadia.eu/sugary-drinks-awareness/> (Elérve: 2017. 11. 22.)

^{xiv} Ilyen célt szolgál például a 2011. évi CIII. törvény a népegészségügyi termékadóról.

^{xv} Összehasonlításképpen a magyar mozikban a legkisebb üdítőitalos pohár fél liter, és ha valaki ennél többre vágyik, akkor a film végéig akár 1 literes pohárban megvásárolt üdítő mellett 4 liternyi pattogatott kukoricát is elnassolhat.

KOMPLEX BEAVATKOZÁSOK SZÜKSÉGESSÉGE

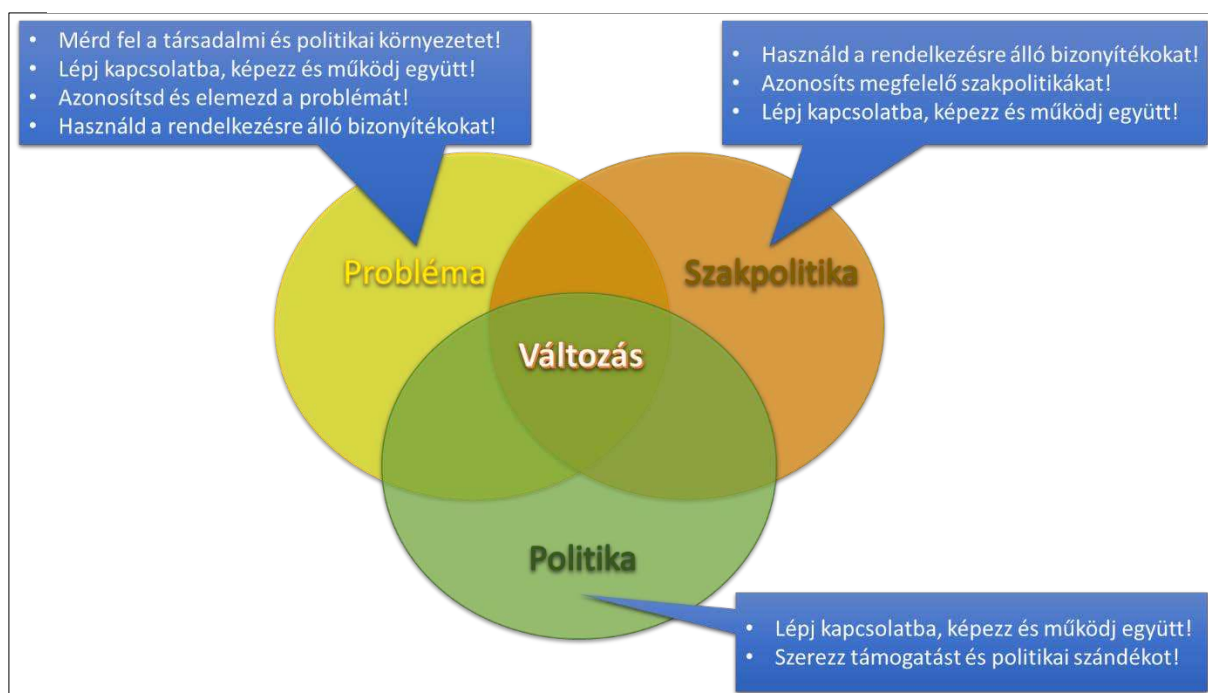
A fentiekből következően több szektorra kiterjedő, összehangolt intézkedésekre, beavatkozásokra van szükség ahhoz, hogy hazánkban sikeresen lehessen csökkenteni az elhízottak arányát. A viselkedésváltozáshoz vezető, igazoltan hatékony beavatkozási irányokat és szakpolitikákat a Michie és munkatársai által kifejlesztett „viselkedésváltoztatás kereke” modell foglalja össze^{23,24}, és a modell gyakorlati alkalmazásához a szerzők beavatkozástervező eszközt is kifejlesztettek.²⁵

Elméleti megfontolások és gyakorlati tapasztalatok igazolják, hogy a beavatkozások eredményessége növekszik, ha azokat egyaránt a magas kockázatú csoportokra célozva és a populáció szintjén is megvalósítják.²⁶ Ezért lenne szükség a már elhízottak lefogyását előmozdító, ugyanakkor a teljes lakosságra is irányuló elhízásmegelőzést támogató programokra. A hazai „elhízásjárvány” megállítása – a megoldandó probléma összetettségéből eredően – csakis az ilyen, több célcsoportot érintő, országos és helyi szintű, sok szereplő által megvalósított, a megváltoztatni kívánt viselkedés társadalmi beágyazottságát figyelembe vevő, komplex beavatkozásokról várható.^{27,28}

Az egészségmagatartás társadalmi beágyazottságának felismerése a népegészségügy 5. hullámaig, az egészségkultúrára fókuszáló megközelítéshez vezetett.²⁹ Mára ez a szemlélet a népegészségügyben olyannyira megkerülhetetlenné vált, hogy az Egészségügyi Világszervezet 2017-ben tanulmányt tett közzé az egészségkultúra kialakítását célzó szakpolitika támogatására.³⁰ Az elhízás visszaszorítását célzó programok kidolgozásához feltétlenül figyelembe kell venni ennek a tanulmánynak a táplálkozásra és a testmozgásra³¹, valamint az egészséges életmódot támogató környezetre vonatkozó fejezeteit.³²

A javasolt három cél – azaz a tudásbővítés, a motiválás, és a támogató környezet kialakítása – egyidejű eléréséhez javasolt intézkedések megtervezése és megvalósítása komoly kihívás a szakpolitika számára. E feladat teljesítését célszerű a „szakpolitika, rendszer, környezet” megközelítés figyelembevételével előkészíteni.³³ A szakirodalom alapján kifejlesztett modell szerint három területen – vagyis a probléma feltérképezése, azonosítása, a megoldáshoz szükséges szakpolitika kidolgozása, valamint a politikai környezet támogatásának elnyerése területén – szükséges sikeres akciókat megvalósítani. [3. ábra]

3. ábra: A „szakpolitika, rendszer, környezet” megközelítés modellje



Forrás: Vitrai J. 2017³³

Mind az elméleti megfontolások, mind a nemzetközi tapasztalatok alapján levonható a következtetés: az elhízás visszaszorítását célzó hazai stratégia sikerének előfeltétele, hogy az egészségügyi szakpolitika koordinációjával valamennyi szektor konstruktívan részt vegyen a megvalósításban országosan, regionálisan és helyi szinten egyaránt. A stratégia megvalósítása tehát nemcsak a „felülről lefelé”, hanem a „lentől felfelé” megközelítés alkalmazását is igényli, amint azt az utóbbi években megjelent idevágó kutatások is igazolják.³⁴ Ehhez leginkább alkalmas a rendszerszintű gondolkodás és cselekvés, azaz egyidejűleg szükséges elemezni és összeegyeztetni az országos, a térségi és a helyi szintek érdekeit, lehetőségeit.³⁵

A megvalósítás tervezésekor továbbá ügyelni kell arra is, hogy a beavatkozások ne növeljék tovább a már ma is jelentős hazai egészségyenlőtlenségeket.³⁶ Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okairól szóló elmélet alapján olyan elhízásellenes szakpolitika lehet sikeres, amely az egyéni felelős-

ségre alapozó felfogás helyett, az egyén környezetét és életkörülményeit befolyásolni képes társadalmi szereplők tevékenységére hat.³⁷

ZÁRÓGONDOLATOK

A társadalomban alapvető attitűdváltásra van szükség ahhoz, hogy kevesebb túlsúlyos vagy elhízott nézzen szembe az elkerülhetetlen egészségkárosodással Magyarországon. El kell elérni, hogy a lakosság általában ne megértően és elfogadóan tekintsen az elhízásra, hanem komoly egészségkockázatnak lássa, mint ahogyan a dohányzás esetében történt az elmúlt évtizedben.

Az elhízás elleni küzdelem során – sportnyelven szólva – a szakpolitikának edzőként korszerűbb, erőteljesebb játékokra kell ösztönöznie, és a csapat számára új taktikát, egészségpályás letámadást kell választania.

HIVATKOZÁSOK

¹ Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017;377:13–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>.

² Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. Központi Statisztikai Hivatal, Statisztikai Tükör, 2015;29:7.

³ Erdei G et al. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014 - I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. *Orvosi Hetilap.* 2017;158(14):533-40. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30700>

⁴ Health at a Glance 2017. OECD, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

⁵ MÉRTÉK munkacsoport. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest, 2016

⁶ Schneider S, Diehl K, Görig T, et al. *BMC Public Health* (2017) 17:760; doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4790-X>.

⁷ Series from the *Lancet* journals: Obesity 2015. <http://www.thelancet.com/series/obesity-2015> (Elérve: 2017.10.18.)

⁸ Cszimadia P, Varsányi P, Ferencz M, et al. Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló. *Egészségfejlesztés.* 2014;5-6:10-3.

⁹ Vitrai J, Kimmel Zs. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész. *Egészségtudomány.* 2015;3:57-70.

¹⁰ Grist R, Porter J, Stallard P. Mental Health Mobile Apps for Preadolescents and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research.* 2017;19(5):e176. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.7332>.

¹¹ Dute DJ, Bemelmans WJE, Breda J. Using Mobile Apps to Promote a Healthy Lifestyle Among Adolescents and Students: A Review of the Theoretical Basis and Lessons Learned. *JMIR mHealth and uHealth.* 2016;4(2):e39. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/mhealth.3559>.

¹² Stephenson A, McDonough SM, Murphy MH, et al. Using computer, mobile and wearable technology enhanced interventions to reduce sedentary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2017;14:105. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-017-0561-4>.

¹³ Schoeppe S, Alley S, Van LW, et al. Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review. *Int J Behavioral Nutrition and Physical Activity.* 2016;13:127. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0454-y>.

- ¹⁴ Davis KC Patel D, Shafer P, et al. Association Between Media Doses of the Tips From Former Smokers Campaign and Cessation Behaviors and Intentions to Quit Among Cigarette Smokers, 2012-2015. *Heal Educ Behav* 2017; doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198117709316>.
- ¹⁵ Kaposvári Cs, Vitrai J. Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(3):34-41. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i3.179>.
- ¹⁶ Galbraith-Emami S, Lobstein T. The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review. *Obes Rev*. 2013;14: 960-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/obr.12060>.
- ¹⁷ Chambers SA Freeman R, Anderson AS, et al. Reducing the volume, exposure and negative impacts of advertising for foods high in fat, sugar and salt to children: A systematic review of the evidence from statutory and self-regulatory actions and educational measures. *Preventive Medicine*. 2015;75:32-43. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.02.011>.
- ¹⁸ Csizmadia P. Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(2):85-8. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i2.25>.
- ¹⁹ Csizmadia P, Szűcs E. Szempontok az egészséges életmódot támogató épített környezet kialakításához. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(4):38-46. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i4.86>.
- ²⁰ Fernandes AC, Oliveira RC, Proença RP, et al. Influence of menu labeling on food choices in real-life settings: a systematic review. *Nutrition Reviews*. 2016;74(8):534-48; <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw013>.
- ²¹ Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J. Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(1):2-40. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i1.24>.
- ²² Járomi É, Vitrai J. Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(1):36-48. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i1.145>.
- ²³ Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011;6:42. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.
- ²⁴ Kimmel Zs, Vitrai J. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány*. 2015.3:71-8.
- ²⁵ Járomi É, Szűcs E, Vitrai J. Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése. *Egészségfejlesztés*. 2016; 57(2):34-50. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i2.47>.
- ²⁶ Járomi É, Kimmel Zs. Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciósi megközelítései. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):20-29. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.164>.
- ²⁷ Schneider S, Diehl K, Görig T, et al. Contextual influences on physical activity and eating habits - options for action on the community level. *BMC Public Health*. 2017;17:760. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4790-x>.
- ²⁸ Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*. 2017;12:21. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5>.
- ²⁹ Davies SC, Winpenny E, Ball S, et al. For debate: a new wave in public health improvement. *Lancet*. 2014;6736:1-7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7).
- ³⁰ Vitrai J. Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):38-41. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.158>.
- ³¹ Nagy B. Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség? *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):42-46. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.159>.
- ³² Csizmadia P. Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? III. rész: Környezet, kultúra és egészség. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):47-50. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.160>.
- ³³ Vitrai J. 'Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(3):57-58. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i3.177>.
- ³⁴ Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet*. 2015;385(9985):2422-31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61743-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61743-8).
- ³⁵ Johnston LM, Matteson CL, Finegood DT. Systems Science and Obesity Policy: A Novel Framework for Analyzing and Rethinking Population-Level Planning. *Am J Public Health*. 2014;104(7):1270-8. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.301884>.
- ³⁶ Orosz É, Kollányi Zs. Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolossy T, Tóth István Gy. (szerk.)Társadalmi Riport 2016. TÁRKI, 2016.
- ³⁷ Csizmadia P. Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban. *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):17-9. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i2.168>.

Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben

The Diffusion of Innovations theory and its relevance to health promotion

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017. 11. 13.
doi: 10.24365/ef.v58i4.208

Összefoglaló: A cikk célja az innováció diffúziójának Rogers által kidolgozott elméletének bemutatása és használati lehetőségeinek felvillantása a népegészségügyben. Az innováció diffúziója elmélet alkalmazása pozitív változást hozhat az egészségfejlesztésben és a prevencióban, globális és helyi szinten egyaránt. Az elmélet hozzájárulhat az egészségmagatartást befolyásoló tényezők jobb megértéséhez, beleértve az innovációk alkalmazásának feltételeit, ezáltal a teóriának széleskörű alkalmazási lehetőségei lehetnek a népegészségügy területén.

Kulcsszavak: innováció; egészségfejlesztés

Summary: The aim of this paper is to review Rogers' theory of Diffusion of Innovations (DOI) and its possible use in the field of public health. Applying this theory can lead to positive changes in health promotion and disease prevention both at global and local level. This theory can help to better understand determinants of health behaviour, including the prerequisites for innovation, thereby promoting the wide-ranging possibilities of applying this theory in the field of public health.

Keywords: innovation; health promotion

A cikk célja az innováció diffúziójának Rogers által kidolgozott elméletének bemutatása és annak használati lehetőségeinek felvillantása a népegészségügyben. Ez az elmélet az egészségfejlesztés területén is eredményesen alkalmazható lenne és tudomásunk szerint nem történt még hazai kísérlet ilyen irányú hasznosítására. Ebben a cikkben röviden csak az elmélet főbb gondolatait kívánjuk bemutatni, míg egy másik írás feladata lehet egy esettanulmányon keresztül bemutatni a teória népegészségügyben való gyakorlati megvalósítási lehetőségeit. Az innováció diffúziója elmélet alkalmazása pozitív változást hozhat az egészségfejlesztésben és a prevencióban globális és helyi szinten egyaránt, hozzájárulhat az egészségmagatartást befolyásoló tényezők jobb megértéséhez, beleértve az innovációk alkalmazásának feltételeit.

Először röviden áttekintjük az innovációk társadalmi elterjedésével kapcsolatos Everett M. Rogers által kidolgozott általános diffúzióelméletet. Ezután a Rogersi elmélet egyes felvetéseiből kiindulva vizsgáljuk a népegészségügyi innovációk diffúziójának bizonyos jellegzetességeit.

1. Társadalmi diffúzió¹

A társadalomtudományokban régóta jelen lévő kérdés, hogy miképpen terjed el az emberi közösségekben egy új gondolat, eszme, gyakorlat, technológiai újítás. Az elterjedés jelenségeiről a 19. század végén és a 20. század elején a korai elméletalkotók, mint a társadalmi változások kulcsfolyamatairól gondolkodtak.

2. Az innováció²

Az innovációval foglalkozó szakirodalmak kiindulópontként az innováció Schumpeter-féle típusaira hivatkoznak a leggyakrabban:

- a fogyasztók körében még nem ismert új javak vagy ezek új minőségének az előállítás (termékinnováció);
- egy új termékhez kapcsolódva új termelési vagy kereskedelmi eljárás alkalmazása (folyamat-innováció);
- új elhelyezési lehetőség, egy értékesítési feladathoz kapcsolódva új piac megnyitása (piaci innováció);
- nyersanyagok vagy félkész áruk új beszerzési forrásainak felkutatása, megszerzése (beszerzési innováció);
- a feladatokhoz jobban illeszkedő új típusú szervezet létrehozása, iparági struktúra átalakítása (szervezeti innováció).

Schumpeter aszerint határozta el az innováció típusait, hogy az újdonság a termékben, a termelési eljárásban, vagy a marketing- és szervezési módszerekben öltött-e testet, léteznek azonban másfajta tipizálások is. A fentiekben felsorolt kategóriák véleményünk szerint a beszerzési innováció kivételével az egészségfejlesztésben is alkalmazhatóak.

3. A Rogers-féle elmélet¹

Rogers a különböző területeken és témákban folytatott kutatások áttekintése után, azok eredményeit összegezve és továbbgondolva, egy általános diffúzióelmélet kidolgozására törekedett. Szintézisében az újítások elterjedésének folyamatát – kommunikációelméleti szakember lévén – alapvetően kommunikációs folyamatnak tekinti. Az adott innovációra vonatkozó, különböző jellegű információk meghatározott csatornákon keresztül, bizonyos idő alatt terjednek el az adott társadalmon belül. A diffúziós folyamat négy alapvető összetevője: maga az innováció, a kommunikációs csatornák, az idő, valamint az adott társadalmi rendszer, amelyben az elterjedési folyamat lezajlik. A szerző sorra veszi az egyes dimenziókat és az azokban szerepet játszó olyan tényezőket, amelyek lényegesen befolyásolják az innováció elterjedésének ütemét.

3.1 Az adoptálás¹

Rogers az innovációt olyan gondolatként, gyakorlatként vagy tárgyként definiálja, amelyet az egyén vagy az alkalmazó csoportok újnak értékelnek. A tapasztalatok szerint az adoptálás ütemét jelentősen megszabják az adott innováció jellegzetességei, így a népegészségügyi innovációk csak erre a tudományágra jellemző sajátosságokkal rendelkeznek, amelyek meghatározzák és magyarázzák az adoptálásban megfigyelhető eltéréseket. Aszerint, hogy a potenciális adoptálók szempontjából milyen tulajdonságokkal rendelkeznek, az újítások öt fő kategóriába sorolhatók. Ezek közül az első:

- Amelyet relatív előnynek nevez, arra vonatkozik, hogy az adott újítás milyen mértékben jobb, mint a már meglévő eljárás, amit helyettesíthet. Relatív előnyt jelenthet például, ha az innováció adoptálása gazdaságilag, finansiálisan kedvezőbb. Kutatások szerint a piaci tényezők az egyik legfontosabb magyarázatát adják annak, hogy egyes innovációk milyen mértékben terjednek el. Hasonlóan fontos szempont lehet, hogy az adoptálás milyen egyéb társadalmi előnyökkel jár együtt. Az eddigi kutatásokból levonható az az általános következtetés, hogy egy újítás potenciális felhasználók számára mutatkozó relatív előnye egyenes arányban van adoptálásának sebességével.
- A következő fogalom a kompatibilitás, amely azt mutatja meg, hogy egy innováció mennyire fér össze a potenciális alkalmazók értékeivel, szükségleteivel és múltbéli tapasztalataival. Egyes innovációk terjedését könnyen megakadályozhatja, ha azok használata ütközik az adott közösség értékeivel vagy szokásaival. Emellett egy innováció elterjedésének mértékét az is komolyan befolyásolhatja, hogy mennyire hasonló valamely, az adott közösségben már meghonosodott formához, gyakorlathoz. Minél nagyobb gondolkodásbeli változásra, illetve minél több új tudás elsajátítására van szükség a befogadáshoz, használathoz, annál kevésbé lesz sikeres és gyors a diffúziós folyamat. Általánosítva tehát elmondható, egy újítás elterjedésének sebessége pozitív kapcsolatban áll a potenciális adoptálók által tapasztalt kompatibilitással.
- A komplexitás annak foka, hogy az adott újítás

és annak használata mennyire közérthető. Logikusnak tűnik, hogy egy innováció komplexitásának foka és az adoptálás sebessége fordított arányban áll egymással.

- A kipróbálhatóság az elmélet szerint annak mértéke, vagy lehetősége, hogy az adott innováció szélesebb körű alkalmazás előtt milyen kisebb alapokon kísérletezhető ki. Minél több lehetőség nyílik a viszonylag kockázatmentes kipróbálásra, annál gyorsabb ütemű az adoptálás.
- A megfigyelhetőség arra vonatkozik, hogy az újítás eredményei mennyire átláthatóak, nyilvánvalóak. A megfigyelhetőség mértéke és az adoptálás sebessége egymással egyenesen arányos.

Rogers hangsúlyozza, hogy a fenti dimenziók vizsgálatának a potenciális felhasználók szempontjából kell megtörténnie. Hiába tűnik ugyanis gazdasági vagy műszaki, esetünkben az egészség szempontjából úgy, hogy egy adott termék vagy eljárás, beavatkozás használata jóval egyszerűbb, hatékonyabb, hasznosabb az előző formáknál, ha ez a potenciális adoptálók szubjektív nézőpontjából csöppet sem ilyen egyértelmű.

3.2 Döntési folyamat³

Az innovációval kapcsolatos döntési folyamat 5 fő lépésből áll, ezek a tudás, a meggyőzés, a döntés, az alkalmazás és a megerősítés.

A tudás akkor jön létre, amikor az egyén értesül az innováció létezéséről és bizonyos fokig megérti a működését. Ebben a stáuszban az egyén által összegyűjtött információk igyekeznek csökkenteni a bizonytalanságot az ok-okozati összefüggést illetően arra vonatkozóan, hogy az innováció rendelkezik-e azzal a tulajdonsággal, amely képes egyéni problémát megoldani.

Ebben a szakaszban az egyén által beszerzett információ általában csökkenti a bizonytalanságot, hogy mennyiben képes segíteni az egyént valamilyen probléma megoldásában az innováció.

Meggyőzésről (vélemény kialakítása) van szó, amikor az egyén pozitív vagy negatív attitűdöt alakít ki az innovációval kapcsolatban.

A döntés akkor megy végbe, amikor egy személy által megvalósított tevékenységek az innováció elfogadásához vagy elutasításához vezetnek. Mindkettőnél az egyén az innováció értékeléséhez keres

információkat, hogy csökkentse az innováció várható következményei iránti bizonytalanságot, és igyekszik megtudni az innováció előnyeit és hátrányait a saját helyzetével kapcsolatban.

A megvalósítás (*implementation*) akkor valósul meg, amikor a személy használja az innovációt. Ez a szakasz magában foglalja a nyílt viselkedésváltozást, ami az újdonság használata által történt.

A megerősítés (*confirmation*) akkor jelentkezik, amikor az egyén a már meghozott innovációval kapcsolatos döntést megerősít, de az még megfordítható, ha ellentmondásos üzeneteket kap a témában. Ezen a ponton az egyén eldöntheti, hogy az innováció használata (vagyis adoptálás) mellett dönt, vagy nem használja (azaz visszautasítja).

A döntési folyamat megértése döntő fontosságú a diffúzió terjedelmének maximalizálása és az innováció elfogadásának mértéke szempontjából. A folyamat fent említett öt fázisát követve egy közegészségügyi kampányt optimálisan, lépésről lépésre meg lehet tervezni.

Egy innovációval kapcsolatos döntési folyamatot jól illusztrálhatunk a dohányzás visszaszorításáért folytatott népegészségügyi erőfeszítések vázlatos bemutatásán keresztül. Az 1950-es évek elején megjelent tudományos megalapozott kutatások hatására a brit Medical Research Council 1957-ben közleményben tárta a világ elé, hogy a tüdőrák és dohányzás között közvetlen kapcsolat található, azonban korlátozó intézkedéseket nem vezettek be, minden ember magánügyének tekintve a dohányzással kapcsolatos attitűdjét. 1964-ben az Amerikai Egyesült Államok tisztii főorvosa adott hasonló tartalmú riportot. Gyakorlatilag ekkor kezdődött a dohányzás visszaszorításának folyamata, illetve a nem dohányzók védelme a káros hatásokkal szemben. Természetesen elsősorban a dohánygyártók lobbii érdekeinek a hatására társadalmi vita robbant ki a dohányzással kapcsolatban pro és kontra érveket felsorakoztatva. A politika is tartott tőle, hogy a dohányzás korlátozása a választási eredményeket is befolyásolhatja. 1970 áprilisában Nixon elnök aláírta azt a törvényt, amely betiltotta a cigaretta reklámozását a televízióban és a rádióban. Ezek után a vita eldőlt, különböző módszerekkel és aktivitásokkal (dohányzás tiltása különböző területeken, dohánytermékek figyelmeztető feliratokkal való ellátása, dohányzásról való leszokást segítő programok indítása, társadalmi szervezetek bevo-

nása a szövetségi és állami szint mellé) a dohányzás az Egyesült Államokban jelentősen visszaszorult (természetesen nem egy egyenes vonalú folyamatról van szó, itt csak vázlatosan megemlítettük a főbb vonatkozásokat).

3.3 Change agent³

Rogers az interperszonális hálózatoknak az innováció elfogadásában meghatározó szerepét is hangsúlyozza. Tekintve, hogy a hálózatosodás napjainkban már minden területen megjelenő trend, a hálózatok működését és jellemzőit sokféle diszciplína kutatja. Ezek egyetértenek abban, hogy a hálózatokban van néhány jellegzetes elem: a kapcsolódási pontok, a csomópontok és a fűrtök. A hálózatok csomópontjait nevezhetjük véleményvezéreknek (*opinion leaders*), akik megnyerésén keresztül további személyekhez juthatunk el, gyakorlatilag egy diffúziós folyamat formájában.

Rogers ezeket a személyeket nevezi az ún. *change agenteknek*, a változást generáló személyeknek. Ahhoz, hogy a véleményvezérek az innovációról üzeneteket terjesszenek, interperszonális kapcsolatban kell állniuk követőikkel, elérhetőnek kell lenniük, tehát jelentős társadalmi szerepet töltenek be. A change agent olyan személy, aki befolyásolja az ügyfelek innovációs döntéseit olyan irányba, amelyet kívánatosnak tart. A change agent két módon közelítheti meg az innovációt:

1. biztosítja az új ötlet elfogadását, vagy
2. próbálja lassítani a diffúziós folyamatot, és megakadályozza bizonyos innovációk elfogadását, amelyeknek nem kívánatos hatásai vannak.

A change agent és a közösség többi tagja között a kommunikációs kapcsolat elengedhetetlen bármely, a viselkedés befolyásolására törekvő program sikeréhez. A kommunikáció meghatározza a change agent és a többi személy közötti kapcsolatot. A change agent ügynök hét szerepkört tölt be az innováció bevezetésének folyamatában. Ezek:

1. a változás szükségességének kialakítása;
2. információcsere-kapcsolat létrehozása;
3. a problémák diagnosztizálása;
4. szándék létrehozása az ügyfélben a változáshoz;
5. cselekvési szándék gyakorlati megvalósítása;
6. az adoptálás stabilizálása és a folyamatosság biztosítása és
7. a kapcsolat elérése.

A véleményvezérek és a change agentek magasabb társadalmi-gazdasági státusszal rendelkeznek és sokkal innovatívabbak a követőknél, de csak abban az esetben, ha ezt a társadalmi normák is megengedik – voltaképp ez az a tulajdonság, amely meghatározza, mennyire fogja az adott véleményvezér segíteni az innovációs diffúziót. Ugyanakkor figyelembe kell venni azt is, hogy ők nemcsak innovatívak, hanem kifejezetten ellenállóak, elutasítóak is lehetnek.

A diffúziós folyamat szívében a potenciális elfogadók utánzásai (*imitációs*) tevékenysége adja, amely során az egyén a hálózatban hozzá közelállókhöz hasonlóan elfogad egy új ötletet, egy innovációt. Abban, hogy valaki elfogadja-e az innovációt vagy sem, nagy szerepet játszik a másoktól kapott tapasztalati információ, amely szubjektív információként továbbterjed a hálózatban.³

3.4 Kommunikációs csatornák¹

Az innovációk diffúziója Rogers szerint valójában egyéni döntések folyamataként vizsgálható. A folyamat első fázisában az egyén a kezdeti, az újítást érintő információkkal való találkozás után kialakítja alapvető vélekedéseit és megközelítését, ami végül az innováció alkalmazásának elfogadásához vagy elvetéséhez vezet. Az újítás alkalmazása melletti döntéshozatal és az alkalmazást egy bizonyos idő után az innováció értékelése követi.

A folyamat ezen egymást követő szakaszaiban más és más kommunikációs források és csatornák kapnak főszerepet. A megfigyelések arra engednek következtetni, hogy a tömegkommunikációs csatornáknak leginkább a folyamat első részében jut fontos szerep. A potenciális alkalmazók elsősorban ezeken a csatornákon keresztül értesülnek az újítás létezéséről és az azzal kapcsolatos alapvető információkról. E szakasz után azonban megnövekszik az interperszonális kommunikációs csatornák jelentősége: az egyének leginkább az ezeken a csatornákon érkező információk alapján döntenek az adoptálás mellett vagy ellen.

A kommunikációs csatornákat aszerint is tipizálhatjuk, hogy inkább lokális, vagy inkább kozmopolita jellegűek. A kozmopolita jellegű csatornák túlnyúlnak a vizsgált közösségeken, vagy külsőlegesen hozzájuk képest és főképp a döntéshozatali folyamat kezdeti szakaszában jelentősek. A lokális csatornák elsősorban az attitűdök kialakulásakor és az alkalmazás vagy elvetés döntésekor fontosak.

Mint látható, az interperszonális kommunikáció lényegi szerepet tölt be az adoptálás folyamatában. Az interperszonális kapcsolatok különféle kommunikációs hálózatokat hoznak létre, amelyek jellemzői befolyásolhatják a diffúzió folyamatát. Ezeket diffúziós hálózatoknak is nevezhetjük, mivel a terjedés valódi folyamata ezeken belül zajlik le. A hálózatok vizsgálatának egyik szempontja lehet, hogy a kapcsolatba lépő egyének mennyire hasonlóak egymáshoz, például társadalmi státusz, iskolai végzettség, attitűdök szempontjából. Ha az egyének sok tekintetben hasonlóak, homofiliáról, ellenkező esetben heterofiliáról beszélünk. Az interperszonális viszonyok hálózataiban általában homofil egyének közti kommunikációról beszélhetünk. Mindenki sokkal gyakrabban érintkezik hozzá hasonlókkal, és az ilyen kommunikációs viszonyokban a megértés és a hatékony információátadás esélye igen nagy. A kölcsönös megértés esélyét ugyanis lényegesen növelik a közös értékek, tapasztalatok, a hasonló társadalmi helyzet. Ezért bizonyos szempontból a diffúzió folyamatát elősegítheti a homofil kommunikáció, hiszen a tapasztalatok szerint az egyes egyének aktívan keresik a hozzájuk közel állóktól, hozzájuk hasonlóktól származó információkat, amelyek komoly befolyással bírnak saját döntésükben.

A homofília jelensége azonban gátat is szabhat a sikeres elterjedésnek, ugyanis mintegy „láthatatlan határvonalat” képezhet az információáramlásban. Mint arról már szó volt, az újítások sok esetben a társadalom felső rétegeiből gyűrűznek lefelé. A homofília jelensége azonban útját állhatja az eltérő rétegekbe tartozók kommunikációjának, így a terjedés folyamata megtorpanhat. Márpedig a megfigyelések szerint a diffúziós hálózatok általában homofil jellegűek.

Az egyének jellemezhetőek aszerint is, hogy hol helyezkednek el ezekben a hálózatokban: milyen kapcsolatokkal rendelkeznek, hol és milyen szerepet töltenek be az információ közvetítésében.

Tehát ha választ akarunk kapni a kérdésre, hogy az olvasottak ellenére egy innováció hogyan jut el egyik társadalmi csoporttól a másikhoz, alaposabban meg kell figyelni a diffúziós hálózatok természetét és a hálózatokban résztvevők jellemzőit.

3.5 Idő¹

A különböző empirikus kutatások tanúsága szerint egy innováció elterjedése, ha az időbeliség tényező-

jét vesszük figyelembe, a legtöbb esetben a már Tarde által is megfigyelt S-görbével ábrázolható. Tehát míg a diffúziós folyamat kezdetén viszonylag kevesen válnak felhasználókká, egy idő után megnövekszik a csatlakozók száma, majd újra csökkenni kezd.

Az egyének csoportokba oszthatók aszerint, hogy milyen hamar adoptálják az újítást. A vizsgálatok tanúsága szerint ezekbe a különböző – ún. adoptációs – kategóriákba tartozók egyes társadalmi jellemzőik szerint is elkülöníthetők, ezen változók mentén is jól körülírható csoportokba tartoznak. Rogers, miután megadja az egyes csoportoknak az érintettek teljes köréhez viszonyított százalékos részarányát, ideáltípusos jellemzést ad róluk, általánosításokat fogalmaz meg arról, hogy melyek a legfontosabb különbségek a korábban és később adoptálók között.

- Azok, akik az elsők között adoptálják az innovációt, az összes alkalmazó kb. 2,5%-át jelentik. Ők az ún. újítók. A csoport tagjaira jellemző a kockázatvállalásra való hajlandóság és a fokozottabb érdeklődés az újdonságok iránt. Épp ennek köszönhetően általában több és szélesebb körű, az adott társadalmi csoporton túlnyúló kapcsolatokkal rendelkeznek. Az újítók csoportján belül gyakori az egymás közti személyes kapcsolat és kommunikáció, még akkor is, ha az egyének földrajzilag távol laknak egymástól. Emellett általában bőséges anyagi és technikai forrásokkal, tudástökével rendelkeznek. Az újítók csoportjának tagjai igen fontos szerepet töltenek be a diffúziós folyamatban, hisz ők azok, akik külső kapcsolataik segítségével behozzák az adott közösségbe az innovációt.
- A korai adoptálók csoportja az összes csatlakozó 13,5%-a. Jellemző rájuk, hogy az adott társadalmi rendszer tekintélyes, véleményformáló tagjai. Ezért a potenciális adoptálók számára mintát és jelentős információforrást jelentenek.
- A csatlakozásban az első nagyobb csoport a 34%-ot alkotó, ún. korai többség. Ennek tagjai ugyan ritkán foglalnak el véleményalkotó pozíciókat, de az adott rendszerben jól integráltak. Jellemző rájuk, hogy alaposan megfontolva és óvatosan döntenek, ezért esetükben az előző két csoporthoz képest jóval hosszabb időt vesz

igénybe az adoptálás procedúrája. A diffúzió folyamatában igen fontos szerepet tölt be ez a csoport, hiszen ők képezik az átmenetet a korán és a viszonylag későn adoptálók közt.

- A kései többség (34%) esetében az adoptáció már gazdasági és szociális szükségszerűségből fakad. A csoport tagjai inkább szkeptikusak és óvatosak, különböző forrásaik viszonylag szerények.
- Végül a lemaradók (16%) következnek. Ők általában konzervatívak, gyanakvóak a változásokkal és az újításokkal szemben, forrásaik szegényesek. Gyakori jellemzőjük, hogy az adott társadalmi rendszerben kevésbé integráltak.

A korai és késői adoptálók jellemzőire vonatkozó megfigyeléseket Rogers három nagyobb dimenzióba csoportosítva foglalja össze. Eszerint a két csoport közti különbségek tetten érhetők (1) gazdasági-társadalmi státus, (2) személyes jellemzők, valamint (3) kommunikációs viselkedés terén.

Elmondható, hogy a korai adoptálók általában iskolázottabbak, magasabb társadalmi státussal és jövedelemmel rendelkeznek, valamint társadalmilag mobilabbak, mint az őket később követő társaik. A legtöbb esetben empatikusabbak, kevésbé ragaszkodnak a megszokott, hagyományos értékekhez, hitekhez, és racionálisabban gondolkodnak. A vizsgálatok szerint ezenkívül általában pozitívabban viszonyulnak a változásokhoz és a tudományhoz, kockázatkezelési képességeik jobbak, valamint ambíciózusabb személyiségek. Ha a kommunikációs kapcsolatokat és viselkedést figyeljük meg, a korai adoptálókra jellemző, hogy több interperszonális kapcsolattal, külső kapcsolattal, jobb tömegkommunikációs eszközökhöz való hozzáféréssel rendelkeznek, mint a kései adoptálók. Rogers felfigyelt arra a paradoxonra, hogy az utolsóként adoptálók csoportjába tartozók általában azok, akik a legtöbbet profitálhatnak az innovációból.

A Rogersi megfontolások szerint a különböző adoptáló csoportok tehát nemcsak szocioökonómiai helyzetük, hanem bizonyos attitűdjeik szerint is különböznek egymástól. Itt leginkább a Rogersi kompatibilitás-fogalomra kell utalnunk, amely arra figyelmeztet, hogy egy adott innováció diffúziójának sikere nagymértékben függ attól, hogy az mennyiben illeszkedik a felhasználók értékeihez, tapasztalataihoz, szükségleteihez.

Link cikke alapján kísérletet teszünk a dohányzásról

való leszokás, mint innováció elterjedésnek időbeli sajátosságait a dohányzásról való leszokás példáján keresztül megvilágítani. A dohányzás tüdőrákkal való szoros kapcsolatára rávilágító tudományos bizonyítékok az 1950-es évek elején jelentek meg. Az új ismeretek megjelenését követő változások felméréséhez Link a dohányzással kapcsolatos közvélemény-kutatások adatait elemezte. Az első 1954-ben, tehát a tudományos bizonyítékok megjelenésével egy időben elvégzett felmérésekből kiderült, hogy bár a legtöbb ember hallotta a megállapításokat, csak egy kisebbség (korai adoptálók) gondolta, hogy a dohányzás a tüdőrák okozója és ez a vélekedés nem volt összefüggésben a megkérdezettek iskolai végzettségével. A dohányzás és az iskolai végzettség között nem volt erős összefüggés 1954-ben. Az ezt követő 45 év során, amikor az emberek elkezdtek elfogadni azt a meggyőződést, hogy a dohányzás a tüdőrák okozója, éles különbségek alakultak ki a dohányzással kapcsolatos attitűdök és az iskolai végzettség szintje között. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők gyorsabban szoktak le a dohányzásról (korai többség), mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők (kései többség). Ráadásul a felsőoktatásban részt vevők kevésbé voltak hajlamosak a dohányzásra. A lemaradók között pedig nagyobb eséllyel találhatók a legalacsonyabb iskolai végzettségűek. Az innovációhoz kapcsolódó viszony erőteljesen összekapcsolódott a szocioökonómiai státusszal.⁴

3.6 A diffúziót felölelő társadalmi rendszer¹

A terjedési folyamatok mindig közösségen belül zajlanak. Az adott közösség struktúrája, normái számtalan módon befolyásolhatják egy újítás elterjedésének folyamatát. E hatások közül jó néhányat már bemutattunk a fentiekben. Fontos azonban megjegyezni, hogy egy közösségben az újítások elfogadása vagy elvetése melletti döntéshozatal egyéni és kollektív szinten is történhet. Rogers a döntéshozatal három típusát különbözteti meg. A döntéshozatal módja erősen befolyásolhatja az elterjedés ütemét. Választható innovációs döntés esetén az egyén önállóan dönt arról, hogy alkalmazza-e az újítást vagy sem. Természetesen a közösség normái ekkor is igen nagy hatással vannak a folyamat alakulására. Gondoljunk csak a magyarországi egészségprogramok viszonylagos sikertelenségére. A többször is megismétlődött kezdeményezések – sorra nem

hozták meg a kívánt eredményt. Valószínű, hogy Magyarországon eddig még nem vert gyökeret az egészséget értéként kezelő egészségkultúra és ez megakadályozta a konkrét kezdeményezések elterjedését.

A Rogers által leírt döntési típusok második fajtája egy példa révén bemutatva: egy terület, város vagy megye képviselői közösen úgy döntenek, hogy bevezetnek egy, a lakosság egészségét bizonyítottan javító programot, amelyről kikérik a lakosság véleményét is, illetve azt figyelembe véve megszervezik a hatékony implementálást. A döntés demokratikusan született.

A döntést emellett hatalmi szóval egy kisebbség is hozhatja, felhasználva ehhez erejét, befolyását. Ebben az esetben az egyéneknek nincs lehetőségük arra, hogy önállóan döntsenek az adott dolog elfogadásáról vagy elvetéséről: kénytelenek úgy cselekedni, ahogy azt számukra megszabják. Az ilyen autoritatív döntések gyors és azonnali választ váltanak ki: rövid idő alatt nagymértékű elterjedésnek, vagy fordított esetben a diffúzió sikeres megakadályozásának lehetünk tanúi.

3.7 Az innováció következményei

Egy újítás megjelenése és elterjedése természetesen számos változással, következménnyel jár, mind az adoptáló egyénre, mind pedig az egész közösségre nézve. Rogers kiemeli e hatások tanulmányozásának fontosságát, különös tekintettel arra, hogy az innovációk elterjedésének következményei viszonylag kevésbé kutatott terület.

4. Innováció az egészségfejlesztésben

A fentiekben bemutatott megközelítés egy tudatos, problémaalapú folyamatot vázol fel, melyben tényekre, adatokra alapozva, szisztematikusan zajlik az innováció kialakulása, mely egy döntéshozatali folyamatként is értelmezhető, ahol az egyes állomásokon különböző információ típusok és tudásátadó mechanizmusok játszanak szerepet. Azonban sokszor nem előzik meg ilyen tudatos folyamatok az innováció kialakulását, számolni kell a nem szándékos folyamatokkal és cselekvésekkel.

Továbbá látható, ez a megközelítés valamilyen

termékre vagy szolgáltatásra irányul, melyet tényekre alapozva létre lehet hozni, fejlesztés után pedig árucikként áruba bocsátható. Az egészségben történő innovációk nem minden esetben feleltethetőek meg ennek a sémának, hiszen egy újonnan kialakított egészségfejlesztési innovációról gondolkozunk, amely esetében számos „irracionális” elem figyelembe vételével jön létre és nagyon ritkán kerül „eladásra”.

Az egészségfejlesztésben a lakosság és a közösségek jólétének javításában alapvető szerepe lehet a sikeres kommunikációnak a következetes üzenetek révén. Ki kell emelni, hogy az innovációk széleskörű elterjedése, különösen az új tömegtájékoztatási csatornák révén, kedvezően befolyásolhatja az egészségtudatosságot, az egészségműveltséget és az ellátás gyakorlatát. Az egészséggel kapcsolatos hatékony üzenetek továbbítása az egészségmagatartással kapcsolatban a legtöbb egészségfejlesztési program döntő eleme. A szóban forgó teória felbecsülhetetlen értékű eszköz az egészségügyi üzenetek terjedésének megkönnyítésére egy közösségen belül.

Rogers modellje jelentősen hozzájárulhat a viselkedésváltozás megértéséhez és promóciójához, lehetővé téve a lakosság számára adekvát módon kialakítani, módosítani a fontos innovációkat, amelyek így illeszkednek egyedi kulturális igényekhez. Ide tartozhat annak felmérése is, hogy egy egészséggel kapcsolatos innovációt hogyan sikerül elfogadtatni, továbbá egyre fontosabbá válik annak vizsgálata, hogy a különböző újítások következményei hogyan befolyásolhatják a testi-lelki egészséget.

Az elmélet figyelembe vételével a viselkedésváltoztatás sikeresen támogatható új magatartás-modellek kialakításában, bizonyos rizikómagatartások visszaszorításában és az innovációk adoptálásban (a népegészségügy szempontjából nézve megelőzés és/vagy tartós viselkedésváltozás).¹

Ennek lehetséges módzata lehet egy új, kívánatos magatartás megjelenítése, népszerűsítése egy célcsoportban (*commencement*). Különböző témák, például a testmozgás előmozdítása az egészséges életmód részeként, vagy az alacsony jövedelmű terhes nők egészségmagatartásának pozitív irányú ösztönzése, tájékoztatás nyújtása a hozzáférhető

¹ A cikk a viselkedésváltoztatásnak csak néhány esetét tárgyalja. A viselkedésváltoztatás tágabb, átfogóbb értelmezéséről a Vitrai, Kimmel, Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész Egészségtudomány 2015.3. cikkből tájékozódhat az olvasó.

klinikákról és a szülés előtti ellátás előnyeiről.³

A korlátozás (*cessation*) egy létező és nemkívánatos vagy kockázati magatartás befejezését jelenti. A megszüntetésre példa a dohányzásról való leszokásban való segítségnyújtás. Ugyanilyen fontos lehet egy nemkívánatos viselkedés prevenciója a viselkedésváltoztatás megkönnyítésében.³

A bemutatott teória hatékonyan alkalmazható a fent említett viselkedésváltoztatásra törekvő egészségfejlesztési programokban. Például egy innováció célközönségének osztályozása az adoptáció kategóriái szerint segíthet a diffúzió hatékonyságának maximalizálásában azáltal, hogy a viselkedésváltoztatás folyamata kezdetben az innovátorokra fókuszál. Egy ilyen stratégia növelhetné a change agentek számát és javíthatná a sikeres diffúzió lehetőségét a célcsoportban. Továbbá az innováció erősségeinek és gyengeségeinek azonosítása, felhasználva az újítások korábban bemutatott öt fő kategóriáját (viszonylagos előny, kompatibilitás, összetettség, kipróbálhatóság és megfigyelhetőség) rendkívül előnyös lehet az üzenet megtervezésében és megvalósításában egy népegészségügyi kampány során. Az innováció terjesztése oly módon, hogy hangsúlyozzák az előnyöket és a negatív következmények szerepét csökkentik, jelentősen növelhetik az innovatív népegészségügyi programok elfogadottságát és hatékonyságát.

Egy másik szempont, amely miatt különösen hasznos lehet a rogersi elmélet a népegészségügyben, az a társadalmi normák, azaz az értékek és az elfogadott társadalmi gyakorlatok azonosítása a célzott közösségben. Például egy közösség kulturális és vallási alapértékeinek azonosítása, amelyek esetleg ellentétesek az egészségügyi innovációval, kulcsfontosságú az innováció hatékonysága szempontjából, mivel ezek a tényezők elkerülhetetlenül befolyásolják az innováció-döntési folyamatot.

Az egészségügyi programok tervezőinek azonosítaniuk kell ezeket a potenciális akadályokat, mielőtt az innovációt a célközösség körében bevezetik. A kialakított normák megértése lehetővé teszi a tervező számára, hogy elkerülje a diffúziós folyamat bukta-tóit. Kiemelve egy adott innováció előnyeit és gondoskodni arról, hogy a közösség társadalmi normáival összhangba kerüljön, nagymértékben javíthat a diffúzió mértékén és az innováció elfogadásán. A népegészségügy területén az innovációk következményei jelentős hatással vannak a közösségek és

az egyén jólétére. A következmények olyan változásokat jelentenek, amelyek az egyén vagy a társadalom szintjén következhetnek be az adott innováció elfogadása vagy elutasítása miatt, pl. a népesség jóllétében.

A következmények lehetnek kívánatosak illetve nem kívánatosak, közvetlenek vagy közvetettek, előre láthatóak és váratlanok. Az újítás és a diffúzió egy innováció adoptálásának következményei.

Az innovációk hatását illusztrálhatjuk egy példán keresztül, az integrált kártevő-gazdálkodás (IPM) elfogadása a kaliforniai paradicsomtermelők körében. Ebben az esetben az IPM adoptálói alkalmaztak egy korábbi innovációt, amelyet módosítottak a saját helyzetüknek megfelelően. Így, bár egy meglehetősen bonyolult folyamat volt, amely sok időt és folyamatos erőfeszítést igényelt, tükrözi az előnyös újításokban rejlő hatalmas lehetőségeket, hiszen amikor a mezőgazdasági termelők elfogadták, hogy elegendő kevesebb peszticidet alkalmazniuk a paradicsom termesztésekor, a földeken dolgozó mezőgazdasági munkások egészsége javult.

5. Az innovációk diffúziója az egészségügyen-lőtlenésekben

Az innovációk egyenlőtlen diffúziójának az a következménye, hogy elsősorban a magasabb szocioökonómiai pozíciójúak képesek arra, hogy korábban

alkalmazzanak új magatartásformákat, amelyeket az alacsony státuszúak csak később képesek követni. Az elmélet elfogadható magyarázattal szolgálhat az egészségügyenlőtlenésekben bekövetkező növekedésre, illetve azok tartós fennmaradására. Segít megérteni azokat a periódusokat, amikor a magatartásváltoztatás eredményeként nagyobb javulás lép fel a népesség körében. A fejlett országok az epidemiológiai fejlődés abban a szakaszában vannak, amelyben a civilizációs betegségek (kardiovaszkuláris betegségek, bizonyos rákos megbetegedések, amelyek az előző szakaszban domináltak, gyorsan visszaszorulnak. Ez a javulás gyakran valamilyen innovációra, illetve annak adoptálására vezethető vissza. Például részben az egészségügyi ellátás fejlődése, másrészt a magatartás változtatás eredményeként értelmezhető (dohányzásról való leszokás, egészségesebb táplálkozás), ugyanis a jobb státuszúak korábban alkalmazzák az új

magatartásformákat.
Befejezésül úgy összegezhethetünk, hogy az elmélet hozzájárulhat hatékony népegészségügyi-egészség-

fejlesztési programok kidolgozásához, azok közösségi igényekhez való igazításához, megvalósításához, amely által a hazai lakosság egészségi állapota javulhat.

HIVATKOZÁSOK

¹Dessewffy, Tibor, Galács, Anna (2002): Mobilkommunikáció és Társadalmi Diffúzió. Mobilközösség - mobilmegismerés 233-248. szerk. Nyíri Kristóf Budapest: MTA Filozófiai Kutató Intézet.

²Gerdesics, Viktória, Pavluska, Valéria (2013): Irodalomkutatás az innováció elfogadás-elméletekről. Pécsi Tudományegyetem. Pécs

³Haider, Muhiuddin, Kreps Gary L (2004) Forty Years of Diffusion of Innovations: Utility and Value in Public Health, Journal of Health Communication: International Perspectives, 9:S1, 3-11, DOI: 10.1080/10810730490271430

⁴Link, Bruce G. (2008). Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health. Journal of Health and Social Behavior 49:367–84.

Hazai egészség-pillanatkép, 2017

Hungarian health at a glance, 2017

Szerzők: Vitrai József^a, Bakacs Márta^b, Varsányi Péter^c✉

a: Emberi Erőforrások Minisztériuma, b: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, c: ELTE TáTK Szociológia Doktori Iskola

Beküldve: 2017. 11. 08.

doi: 10.24365/ef.v.58i4205

Háttér: A magyar lakosság egészségével és az egészségveszteségek okaival kapcsolatos átfogó elemzések a szakpolitika alakítói és a szakemberek számára munkájuk sikerességéről nyújtanak visszajelzést. A közlemény célja a magyar lakosság egészségével kapcsolatos friss adatok bemutatásával az e téren tapasztalható információhiány csökkentése.

Módszertan: A magyar lakosság életkilátásaira, a betegségekhez vagy a kockázati tényezőkhöz kapcsolt egészségveszteségekre vonatkozó adatok forrása a Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study 2016. A halálozási adatok a Központi Statisztikai Hivatal valamint a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet halandósági adatbázisából származnak. A jelenlegi magyar értékek megítélését egyrészt a hosszabb-rövidebb időszakok adataiban mutatkozó változások, másrészt Ausztria illetve a Visegrádi országok adataival való összevetés szolgálja.

Eredmények: Magyarországon a várható élettartam illetve az egészségben várható élettartam hosszabb ideje növekszik, de a hasonló fejlődési pályán haladó országokhoz viszonyított lemaradás továbbra sem csökken. 2016-ban az egészség-magatartáshoz köthető, nem fertőző betegségek valamint sérülések okozzák Magyarországon az egészségveszteségek csaknem egészét. A kockázati tényezők közül a helytelen táplálkozás, az inaktivitás továbbá a dohányzás és az alkoholfogyasztás okozza a hazai egészségveszteségek döntő részét. A halálesetek okai leggyakrabban a keringési betegségek valamint a rosszindulatú daganatok. Ezeket követik a légzőrendszer, az emésztőrendszer betegségei, valamint a morbiditás és mortalitás külső okai, vagy másképpen, a sérülések. A megelőzhető és elkerülhető halálozási elemzések szerint a magyar egészségügyi rendszer optimális működésével a 2015-ben elhunytak több mint harmada, a 65 évnél fiatalabbak háromnegyede maradt volna életben.

Következtetések: Az elemzések eredményei arra mutatnak, hogy az egészségügyi rendszer erőforrásainak célszerű átrendezése, különösen a népegészségügy megerősítése szükséges ahhoz, hogy a lakosság egészsége az ország társadalmi-gazdasági szintjén elvárhatót mielőbb elérje.

Kulcsszavak: egészségi állapot; egészségterhek; kockázatok; halálozás; népegészségügy

Background: The results of comprehensive analyses of Hungarians' health and causes of health losses give a feedback for the decision makers and health professionals on their performance. The aim of this paper is to present recent data on health of the population in Hungary in order to reduce the shortage of information related to this field.

Methodology: Data about life expectancy of the Hungarian population and health losses linked to diseases or risk factors are provided by the Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study 2016. The source of mortality data is the mortality database of the Central Statistical Office and the National Institute for Health Promotion. On one hand, assessment of current Hungarian indicators is based on the short-term and long-term changes of indicators, on the other hand on the comparison with data about Austria and the Visegrad Group.

Results: The life expectancy and healthy life expectancy have been increasing in Hungary for a long time. However, the lag from countries with a similar level of development has not been declined. In 2016 non-communicable diseases related to health behavior and injuries caused almost all health losses in Hungary. Health risks like unhealthy nutrition, inactivity, smoking and misuse of alcohol were the major causes of health losses. The most frequent causes of death were cardiovascular diseases and cancer which were followed by respiratory, digestive diseases, and external causes of morbidity and mortality. Analysis of preventable and avoidable mortality shows that by optimal functioning of the Hungarian health system more than one-third of people deceased in 2015, and three-quarters of people deceased under the age of 65 years would have been still alive.

Conclusions: The results of the analysis attest that suitable allocation of resources of the health system, particularly the reinforcement of public health is necessary for the Hungarians to have such a health status which is expected in a country with the same level of socio-economic development in a short time.

Keywords: health status; burden of diseases; risks; mortality; public health

BEVEZETÉS

A magyar lakosság egészségével és az egészségveszteségek okaival kapcsolatos átfogó elemzések, értékelések készítése hazánkban még nem intézményesültek.^{i,1,2,3,4} Más országokban ezek az eredmények a szakpolitika alakítói és a szakemberek számára munkájuk sikerességéről nyújtanak visszajelzést. A fejlett népegészségüggyel rendelkező országokban az ilyen elemzésekhez rendszeres egészségfelméréseket végeznek, komoly értékelő és jelentéskészítő kapacitásokat biztosítanak, az egészségmonitorozási rendszert működtetnek.^{5,6}

E közlemény célja a magyar lakosság egészségével kapcsolatos friss adatok bemutatásával az e téren tapasztalható információhiány csökkentése. Előre kell azonban bocsátani, hogy – tekintve a szerzők e célra rendelkezésre álló korlátozott elemző kapacitását – a bemutatott adatok köre jóval szűkebb, mint ahogyan azt a 2015-ös és a 2016-os Egészségjelentések alapján a szakemberek elvárhatnák. Optimális esetben egy szakintézmény által évente közreadott egészségjelentés elkészítésében több terület szakemberei és külső szakbírálók vennének részt, hogy az egészség komplexitásának megfelelő,

minél teljesebb, az összefüggésekre is rávilágító helyzetkép születhessen. Erre nem volt lehetőség, ami ahhoz vezetett, hogy a cikk például nem foglalkozik külön a magyar lakosság egészség-magatartásával.

Az alábbiakban a módszertani részt a lakosság egészségi állapotát leginkább jellemző várható életek valamint a várható egészséges életek száma, továbbá a betegségekhez illetve a kockázati tényezőkhöz köthető, hazai egészségveszteségek ismertetése követi, majd – alkalmazkodva a hazai hagyományokhoz – a magyarországi halálozások rövid elemzése zárja a közleményt.

MÓDSZERTAN

A születéskor illetve a 65 éves korban várható életek (*Life expectancy*; LE) valamint a várható egészséges életek száma (*Healthy Life Expectancy*; HALE) forrása a *Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study 2016* (GBD2016).^{ii,7} A két mutató elemzéséhez letöltöttük az 1990-től 2016-ig évenként számított, a Visegrádi országokraⁱⁱⁱ valamint Ausztriára vonatkozó tényleges értékeket.

ⁱ Az utóbbi öt évben a következő átfogó tanulmányok jelentek meg: Adány R. (2012) A magyar lakosság egészségi állapota a halálozási viszonyok tükrében; Balku E et al. (2016) Egészségjelentés2015; Orosz É, Kollányi Zs. (2016) Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban; Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-15. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest; Bakacs M et al. (2017) Egészségjelentés2016.

ⁱⁱ Ez az egyedüli adatforrás 2016-os populációs egészségmutatókra

ⁱⁱⁱ Magyarország, Szlovákia, Cseh Köztársaság, Lengyelország

Az egyes országok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetéből adódó különbségek kiszűrésére ugyancsak letöltöttük a jövedelmi, az iskolázottsági és a termékenységi adatok (*Socio-demographic Index*; SDI) alapján korrigált mutatókat is a GBD2016-ból. A születéskor illetve a 65 éves korban várható életek, valamint a várható egészséges életek számának tényleges és korrigált értékeit tartalmazó táblázatok a közlemény mellékleteként elérhetők. (Melléklet: Várható.xlsx)

Az egészségveszteség mérésére leginkább elterjedt mutató az elvesztett egészséges életek (rövidítve: ELÉV; a nemzetközi szakirodalomban *Disability Adjusted Life Years*; DALY), amely egy populáció egészségi állapotát jellemzi az optimálishoz viszonyítva úgy, hogy egy adott időszakra összegzi a betegség miatti korlátozottságból és a betegség miatti idő előtti halálozás következtében elveszített egészséges életeket. A közleményben ismertetett betegségekre illetve a kockázati tényezőkre vonatkozó magyar egészségveszteség-adatok ugyancsak a GBD2016 adatbázisából származnak.^{iv,8,v} (Melléklet: ELÉV_betegségek.xlsx; ELÉV_kockázatok.xlsx)

A halandósági elemzésekhez felhasznált 2016-os nyers halálozási adatok forrása a KSH 2017. 10. 23.-án elért tájékoztatási adatbázisa volt.^{vi} A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Halandósági adatbázisa – amely 2005-től 2015-ig tartalmaz nyers, és az Európai Standard Népeiségre standardizált adatokat – volt a forrása a dohányzásnak tulajdonítható, valamint az ismert leghatásosabb népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető, illetve a legjobb tartott, időben megtörténő orvosi beavatkozással elkerülhető halálozásoknak. A megelőzhető és elkerülhető halálozások számítása az Eurostat⁹, a dohányzásnak tulajdonítható halálozás a CDC^{vii,10} metodikája szerint történt. A közleményben szereplő magyar halálozási adatok a mellékletben elérhetők. (Melléklet: Halálozások.xlsx)

A trendelemzések időtávja az adott mutató értelmezhetőségéhez és elérhetőségéhez igazodik. Egyes esetekben hosszabb (1990–2016), máskor rövidebb (2011–2015) időintervallumot ábrázoltunk. Az ábrákon nem feltüntetett adatok a mellékletekben érhetőek el.

VÁRHATÓ ILLETVE EGÉSZSÉGBEN VÁRHATÓ ÉLETEK

Magyarországon a GBD2016 számítása szerint a születéskor várható életek száma 75,7, ebből az egészségesben várható évek száma 65,8 volt 2016-ban. Az 1990-es értékekkel összevetve a növekedés 6,2 illetve 5,3 év volt. [1. ábra; 'A' rész] A 65 éves korban várható életek száma 1990-ben 16,8, az egészségesben várható évek száma pedig 12,1 volt, így a vizsgált időszakban (2016) a növekedés 2,8 illetve 2,3 évet jelent. [1. ábra, 2. ábra 'A' rész] Az elmúlt 26 évben a magyarok születéskor illetve a 65 éves korban várható életkilátásai a Visegrádi országokban valamint Ausztriában tapasztalhatóhoz hasonlóan közel azonos ütemben javultak, emiatt a hazai életkilátások negyed század múltán is a legrosszabbak maradtak. [Függelék: 7. táblázat] Hasonló eredményekről számol be az 2017 őszi jelentés OECD tanulmány is. Az abban olvasható 2015-ös adatok szerint Magyarország az OECD országok rangsorában az utolsó negyedbe tartozik, a környező országok közül a magyarok születéskor várható élete a legkevesebb.¹¹

Az egyes országok közötti társadalmi-gazdasági különbségeket^{viii} kiszűrve, a korrigált adatok [1. ábra; 2. ábra 'B' rész] azonban arra utalnak, hogy míg Szlovákia és Lengyelország jelentősen csökkentette Ausztriával szembeni hátrányát, addig Magyarország csak csekély mértékben tudta ledolgozni elmaradását az élenjáró Ausztriához és a Cseh Köztársasághoz képest.

^{iv} Az elvesztett egészséges életek számításai módszertana részletesebben elérhető magyarul: Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M. Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére. *Lege Artis Medicinae*, 2015. 25:283–290. illetve Bakacs M et al. Egészségjelentés 2016. szerk.: Varsányi P, Vitrai J. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017.

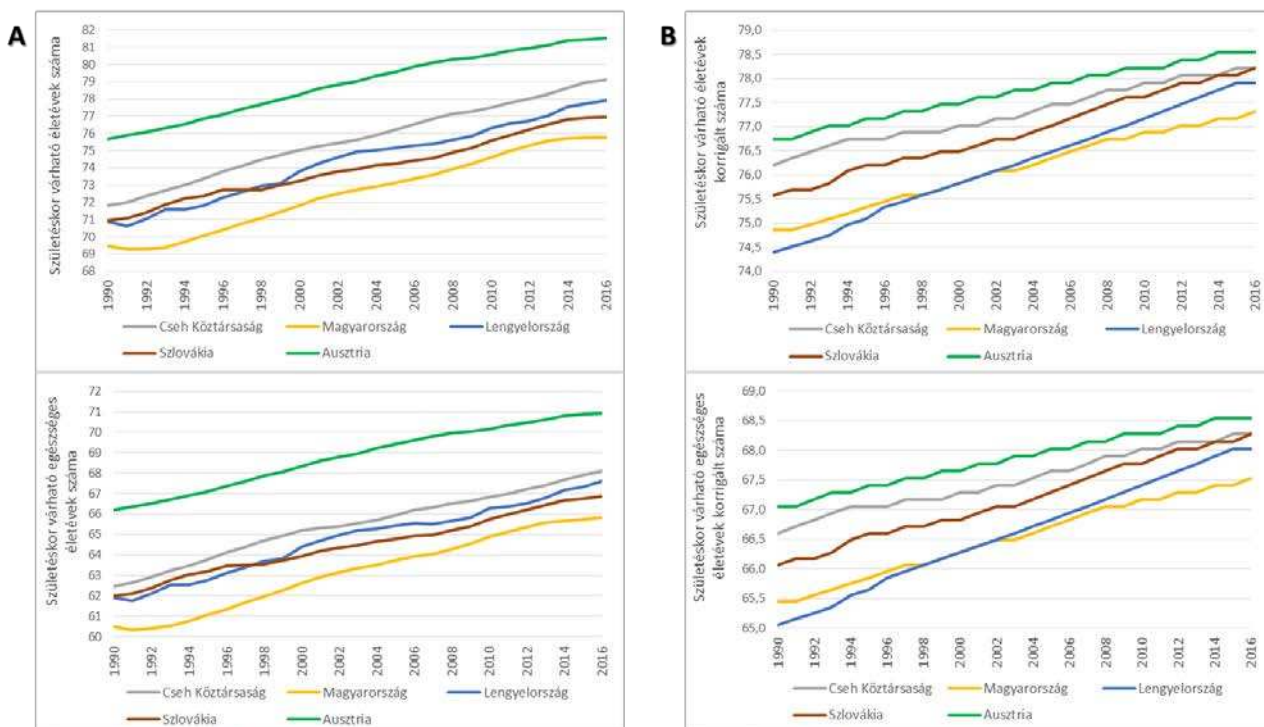
^v <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (Elérve: 2017.10.28.)

^{vi} <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haDetails.jsp?query=kshquery&lang=hu> (Elérve: 2017.10.23.)

^{vii} A dohányzásnak tulajdonítható halálozások számítása a Centers for Disease Control and Prevention (CDC) eljárása alapján történt. Ennek lényege, hogy a halálozás dohányzásnak tulajdonítható részarányának becsléséhez figyelembe veszik a dohányzás prevalenciáját és a dohányzás következtében kialakuló betegségek halálozási kockázatát.

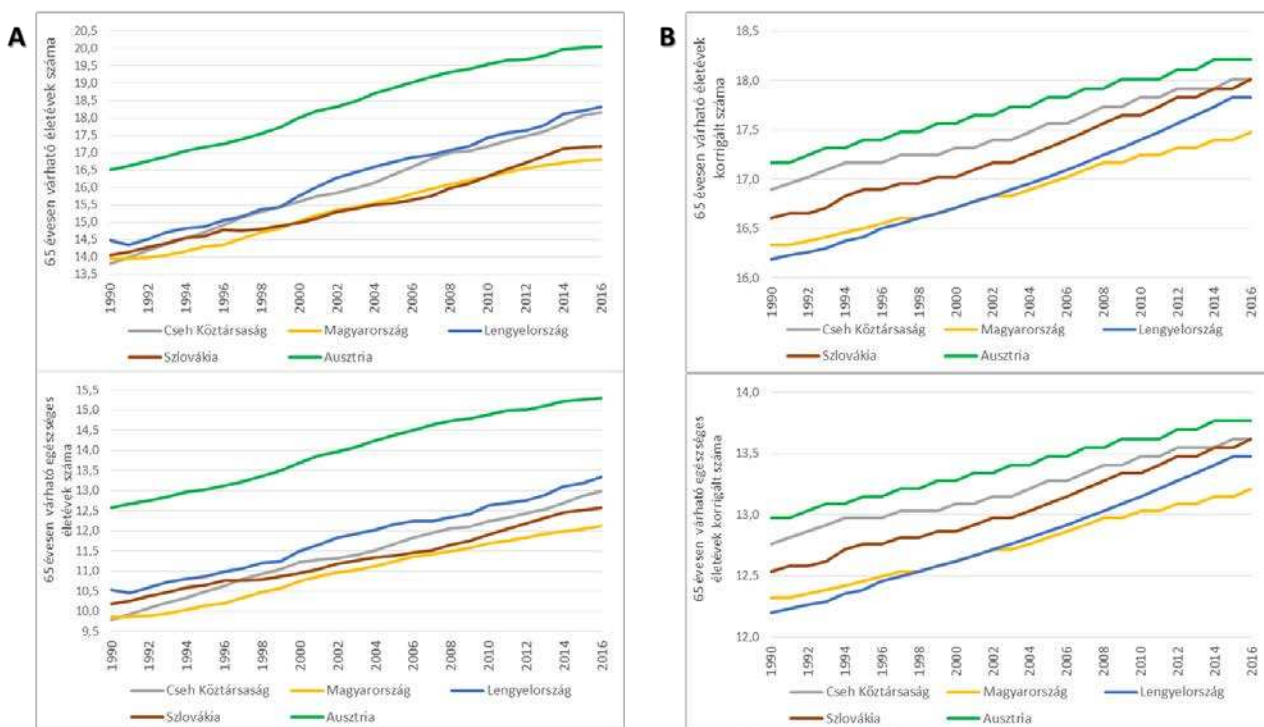
^{viii} Az ország teljes termékenységi mutatója, a 15 évnél idősebbek átlagos iskolázottsága, és az egy főre jutó jövedelem alapján számított index

1. ábra: Születéskor várható életévek illetve születéskor várható egészséges életévek száma Magyarországon, a Visegrádi országokban és Ausztriában, 1990-2016



Forrás: saját szerkesztés

2. ábra: 65 éves korban várható életévek illetve születéskor várható egészséges életévek száma Magyarországon, a Visegrádi országokban és Ausztriában, 1990-2016



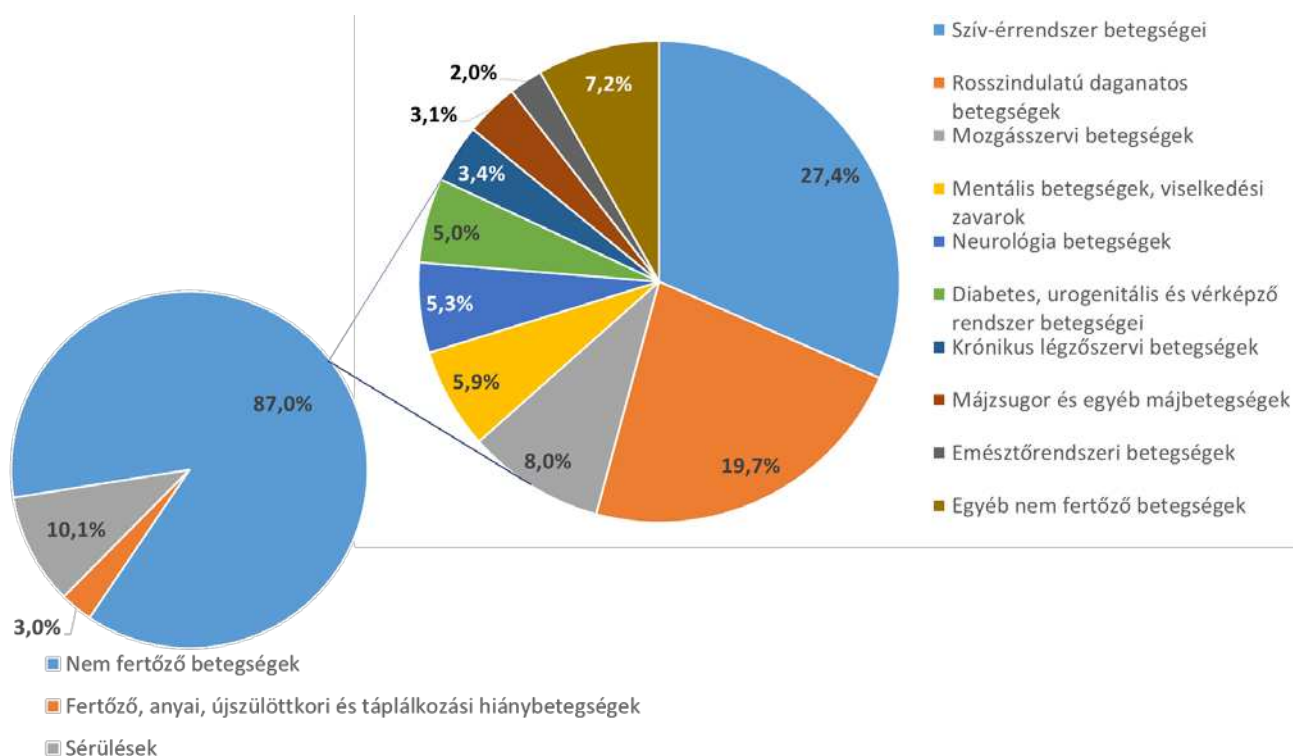
Forrás: saját szerkesztés

BETEGSÉGEKHEZ^{ix} KÖTHETŐ EGÉSZSÉGVESZTESÉGEK

A hazai egészségveszteségek 87%-át a nem fertőző betegségek, 10%-át a sérülések és a maradék 3%-át a fertőző, anyai, újszülöttkori és táplálkozási hiány-

betegségek csoportja okozza. [3. ábra] A két nemre vonatkozó értékek összevetésekor kitűnik, hogy nőknél a nem fertőző betegségek részaránya valamivel nagyobb (kerekítve 89% vs. 85%), a férfiaknál viszont a sérülések aránya magasabb a másik nemhez viszonyítva (8% vs. 12%).

3. ábra: Elvesztett egészséges életévek diagnosztikus bontásban Magyarországon, 2016



Forrás: saját szerkesztés

A nem fertőző betegségek közül a szív-érrendszer betegségei és a rosszindulatú daganatok okozzák az összes egészségveszteség közel felét (47%). Ezeket követi a mozgásszervi (8%), a mentális (6%), a neurológiai betegségek (5%) valamint a diabetes, urogenitális és vérképző rendszer betegségcsoport (5%). [1. táblázat]

A két nem közti különbségeket vizsgálva látható, hogy a nőknél a mozgásszervi és neurológiai betegségek, férfiaknál a rosszindulatú daganatok, a májzsugor és egyéb májbetegségek okoznak a

másik nemhez viszonyítva nagyobb arányú egészségveszteséget. A sérülések közül az önsértés, a mások elleni erőszak valamint a közlekedési balesetek okozta egészségveszteség magasabb arányt tesznek ki a férfiaknál, mint a nőknél.

A főcsoportok alatti diagnosztikus kategóriák közül a legnagyobb terhet jelentő első öt az iszkémiás szívbetegség (15%), az agyérbetegség (7%), a tüdődaganat (5%), a nyaki- és háti gerincfájdalom (6%) és az esés (4%). [2. táblázat]

^{ix} Betegségek alatt értve valamennyi, a Betegségek Nemzetközi Osztályozásában szereplő betegséget és egészségproblémát, így pl. a sérüléseket is

1. táblázat: Elvesztett egészséges életévek fő betegcsoportok szerint Magyarországon, 2016

Betegség	Teljes lakosság ELÉV/100 ezer fő	Összes veszteség %-ban	Nők ELÉV/100 ezer fő	Összes veszteség %-ban	Férfiak ELÉV/100 ezer fő	Összes veszteség %-ban
Nem fertőző betegségek	31 704	87,0%	29 579	89,2%	34 033	84,9%
Szív-érrendszer betegségei	9 989	27,4%	8 997	27,2%	11 076	27,0%
Roszdindulatú daganatos betegségek	7 169	19,7%	5 919	17,9%	8 539	21,3%
Mozgásszervi betegségek	2 942	8,0%	3 304	9,9%	2 546	6,3%
Mentális betegségek, viselkedési zavarok	2 154	5,9%	2 097	6,3%	2 216	5,5%
Neurológia betegségek	1 918	5,3%	2 289	6,9%	1 512	3,8%
Diabetes, urogenitális és vérképző rendszer betegségei	1 808	5,0%	1 875	5,6%	1 734	4,3%
Krónikus légzőszervi betegségek	1 252	3,4%	1 027	3,1%	1 498	3,7%
Májzsugor és egyéb májbetegségek	1 136	3,1%	622	1,9%	1 700	4,2%
Emésztőrendszeri betegségek	718	2,0%	634	1,9%	809	2,0%
Egyéb nem fertőző betegségek	2 618	7,2%	2 815	8,5%	2 402	6,0%
Sérülések	3 676	10,1%	2 560	7,7%	4 899	12,2%
Nem szándékos sérülések	2 144	5,9%	1 787	5,4%	2 535	6,3%
Önsértés, bántalmazás	928	2,5%	404	1,2%	1 502	3,7%
Közlekedési balesetek	604	1,7%	368	1,1%	862	2,1%
Fertőző, anyai, újszülöttkori és táplálkozási hiánybetegségek	1 085	3,0%	1 030	3,1%	1 145	2,9%
Hasmenés, alsó légúti és egyéb gyakori fertőző betegségek	415	1,1%	363	1,1%	471	1,2%
Újszülöttkori betegségek	361	1,0%	322	1,0%	404	1,0%
Táplálkozási hiánybetegségek	210	0,6%	248	0,7%	169	0,4%
Egyéb fertőző, anyai, újszülöttkori és táplálkozási betegségek	99	0,3%	98	0,2%	100	0,3%

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Elvesztett egészséges életévek betegségek szerint Magyarországon, 2016

Betegség	Teljes lakosság ELÉV/100 ezer fő	Összes veszteség %-ában	Nők ELÉV/100 ezer fő	Összes veszteség %-ban	Férfiak ELÉV/100 ezer fő	Összes veszteség %-ában
Iszkémiás szívbetegség	5 490	15,1%	4 745	14,3%	6 306	15,8%
Agyérbetegség	2 349	6,5%	2 269	6,9%	2 437	6,1%
Tüdődaganat	1 914	5,3%	1 285	3,9%	2 603	6,5%
Nyaki- és háti gerincfájdalom	1 781	6,2%	1 885	7,3%	1 668	5,2%
Esés	1 493	4,1%	1 368	4,1%	1 631	4,1%
Érzékszervi betegség	1 214	3,3%	1 343	4,0%	1 072	2,7%
COPD	1 023	2,8%	808	2,4%	1 257	3,1%
Vastag- és végbéldaganat	1 012	2,8%	808	2,4%	1 235	3,1%
Cukorbetegség	893	2,4%	855	2,6%	936	2,3%
Önsértés	815	2,2%	325	1,0%	1 353	3,4%
Migrén	776	2,1%	951	2,9%	584	1,5%

Forrás: saját szerkesztés

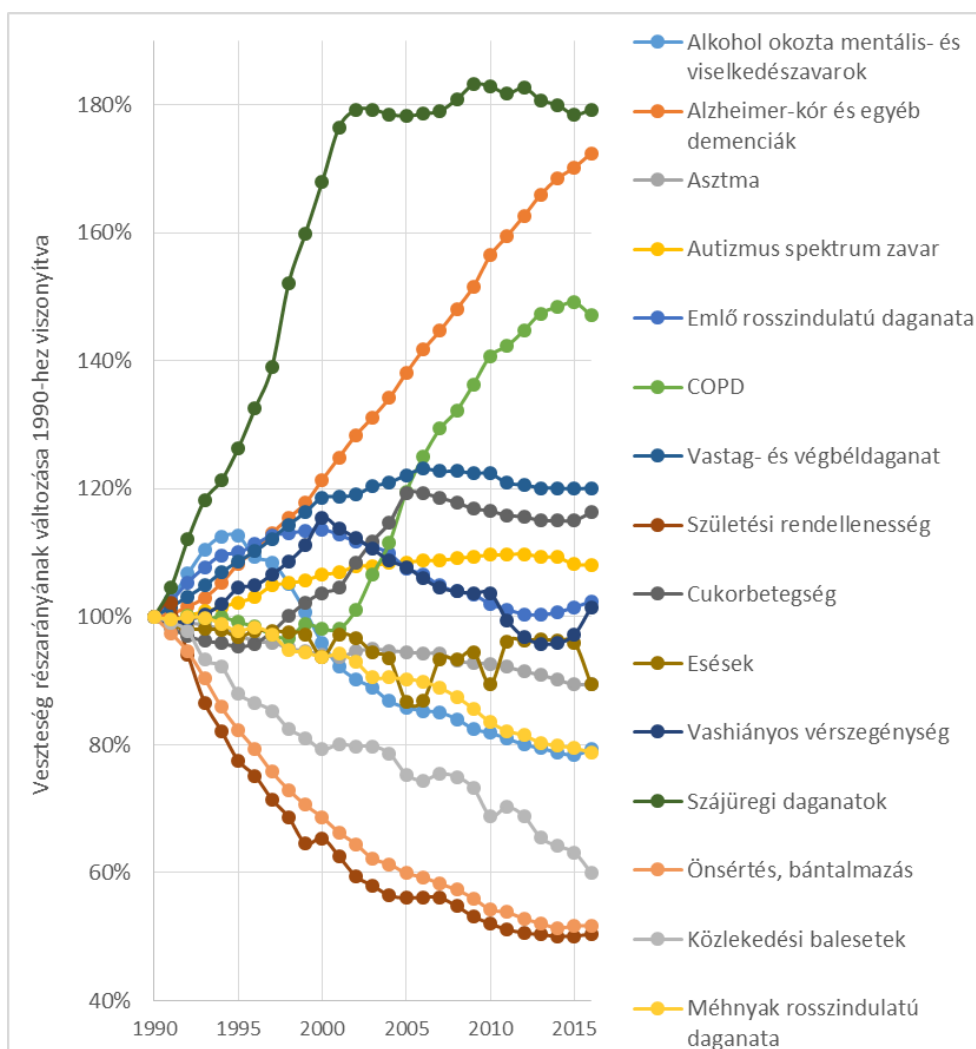
A már hosszabb ideje komoly egészségvesztést okozó, az előzőekben ismertetett betegségek mellett érdemes megvizsgálni a jelenleg kisebb jelentőségű^x betegségekhez köthető teher időbeli változását. A trendek elemzéséből következtetni lehet arra, hogy várható-e súlyuk növekedése az egészség megromlásából fakadó veszteségeken belül^{xi}.

A 4. ábra alapján megállapítható, hogy a nőknél a legnagyobb változást 2016-ban az összes veszteség 0,23%-át okozó szájüregi daganatok mutatták. Részaránya az 1990-es érték 180%-ára nőtt a 2000-es évek elejére, és azóta is ezen a szinten maradt. Ugyancsak jelentősen megemelkedett 1990 óta az

Alzheimer-kór és egyéb demenciák (2016-ban az összes veszteség 2,53%-a) okozta egészségvesztés súlya, és az adatok alapján úgy tűnik, ez a tendencia tovább folytatódhat. A harmadik legnagyobb emelkedést a COPD részaránya (2016-ban 2,44%) mutatja, bár az utóbbi évek adataiból arra lehet következtetni, hogy jelentősége nem fog változni a jövőben.

Legnagyobb csökkenés a születési rendellenességek (2016-ban 0,99%) illetve az önsértés és bántalmazás (2016-ban 1,22%) okozta veszteség részarányában látható, azonban a csökkenés – az utóbbi évek adatai alapján – megállni látszik mindkét esetben.

4. ábra: Néhány kisebb jelentőségű betegség okozta veszteségek 1990-hez viszonyított változása a nők körében



Forrás: saját szerkesztés

^x 2016-ban az összes egészségvesztés 5%-ánál kevesebb veszteséget okozó

^{xi} Az elemzésben egy adott betegség okozta egészségvesztés 1990-es értékének az összes veszteséghez viszonyított részarányát tekintettük kiindulási értéknek, vagyis 100%-nak, és megvizsgáltuk, hogy a részarány évenként hogyan változott 2016-ig. A mutató 100% fölé emelkedése esetén 1990-hez viszonyítva növekedett az adott betegség súlya a többihez képest, ha 100% alá ment, akkor csökkent a betegség súlya.

Ezzel szemben a közlekedési balesetek (2016-ban 1,11%) súlya folyamatos javuló trendet mutat.

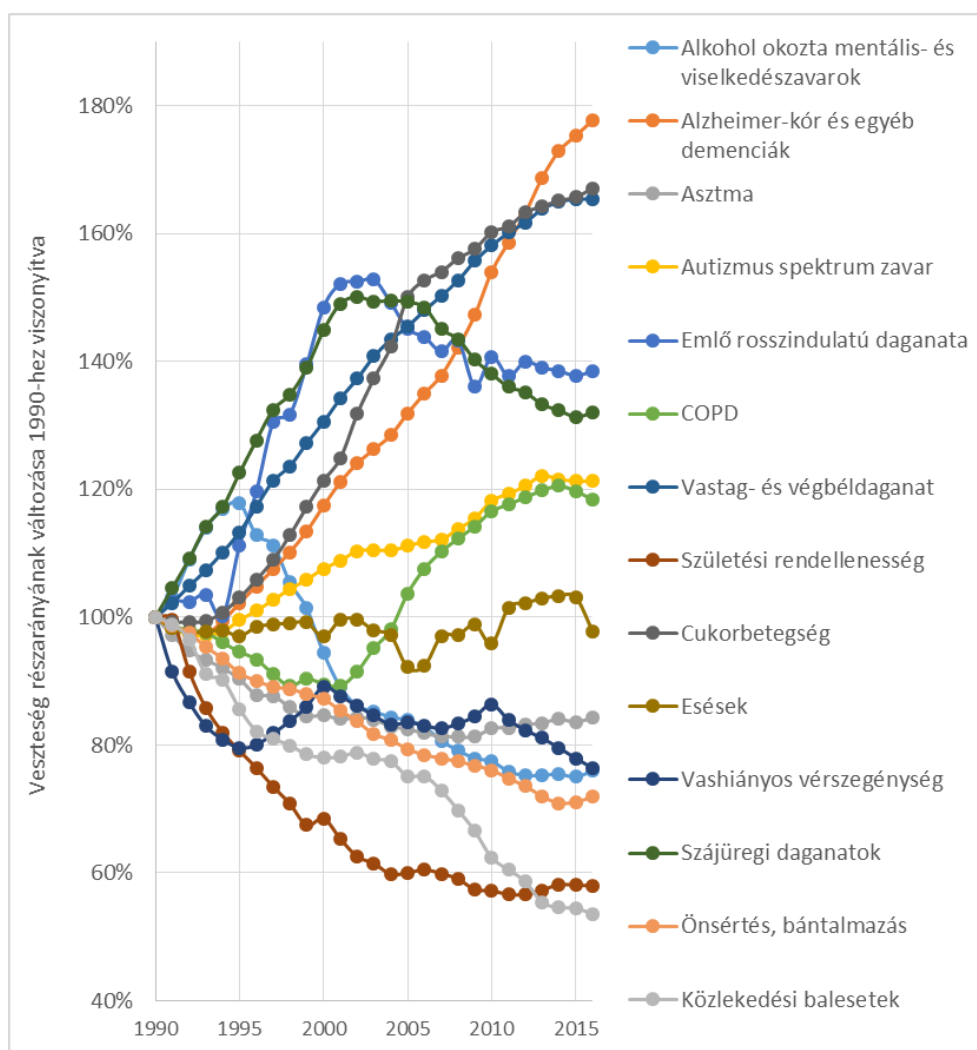
A nők túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető zavarai (2016-ban 0,52%) okozta veszteség részaránya mintegy ötödével csökkent az elmúlt 26 év alatt, bár az elmúlt néhány évben a változás lelassult, majd leállt. A méhnyak rosszindulatú daganata (2016-ban 0,78%) súlya ugyancsak ötödével csökkent 1990 óta, és a trend folytatódni látszik.

Férfiaknál a legnagyobb, 1990-es értékhez viszonyítva mintegy 80%-os növekedést az Alzheimer-kór és egyéb demenciáknál (2016-ban 1,34%) lehetett tapasztalni. [5. ábra] Akárcsak a nőknél, a férfiaknál is az eddigi trend alapján ebben a betegség-

ben további növekedésre lehet számítani. Hasonló tendencia figyelhető meg a vastag- és végbél daganatok (2016-ban 3,08%) valamint a cukorbetegség (2016-ban 2,33%) esetében is, melyeknél a részarány növekedése közel 70%-os volt.

A közlekedési balesetek okozta veszteség súlya (2016-ban 2,15%) a férfiaknál 1990-hez képest a felére csökkent, és ez a trend folytatódni látszik. A nőkéhez hasonló tendencia tapasztalható a születési rendellenességeknél (2016-ban 0,84%) is, ahol a 2000-es évek végétől az összveszteséghez mért részarány stagnál. A harmadik legnagyobb csökkenést mutató önsértés és mások elleni erőszak (2016-ban 3,75%) esetében a trend megfordult, és 2014 óta emelkedés figyelhető meg.

5. ábra: Néhány kisebb jelentőségű betegség okozta veszteségek 1990-hez viszonyított változása a férfiak körében



Forrás: saját szerkesztés

ELVESZTETT EGÉSZSÉGES ÉLETÉVEK, KOCKÁZATI TÉNYEZŐK SZERINTI BONTÁSBAN

A beavatkozások szempontjából az egészséget veszélyeztető kockázati tényezőket három nagy csoportba szokás sorolni: (1) a viselkedés okozta kockázatok, a szervezet belső működésével, összefüggő (2) élettani kockázati tényezők, illetve (3) a környezeti kockázatok.

A szakemberek számára jól ismert, hogy az egészségvesztések mögött több kockázati tényező hatása is gyakran kimutatható. A szív-érrendszeri betegségek kialakulásában igazolhatóan szerepet játszik például a viselkedés, mint az egészségtelen táplálkozás, az elégtelen fizikai aktivitás, de nem hanyagolhatók el az élettani kockázatok sem, mint a magas vérnyomás és a magas koleszterinszint. Így bár minden kockázati tényezőre vonatkozóan pontos lehet a veszteség becslése, összegük mégis meghaladhatja az összes veszteséget.

Az összes hazai elvesztett egészséges életév 54%-a az említett három kockázati tényező valamelyikéhez köthető, azaz a veszteségek 45%-ához a jelenlegi tudásunk alapján az ismert kockázati tényezők közül egyik sem kapcsolható.^{xii}

2016-ban a magyar lakosság összes, kockázati tényezőhöz köthető egészségvesztésének háromnegyede (76%) az egészségkárosító viselkedéshez volt kapcsolható, 56%-a élettani kockázati tényezőkkel magyarázható, és a veszteségek 16%-a környezeti kockázattal volt összefüggésben.

Érdemes megvizsgálni, a veszteségek mekkora része vezethető vissza egyetlen kockázati tényezőre és mekkora részarányt képviselnek azok kombinációi. [6. ábra] Az ábrán megfigyelhető például, hogy az összes egészségvesztés több mint harmadát (35,2%) önmagában a viselkedési kockázatok, közel 30%-át a viselkedési és az élettani kockázatok együttesen, és 6-6%-át a viselkedési és környezeti

kockázatok együtt, valamint mindhárom kockázati tényező közösen okozza.

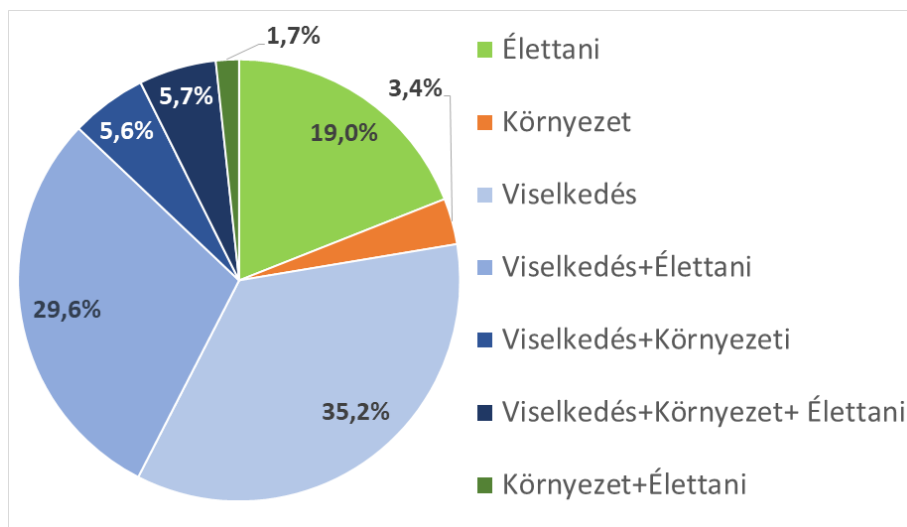
A kockázatok rangsorában a legnagyobb egészségvesztést a nőknél és a férfiaknál is ugyanazok a tényezők okozzák. A kockázati tényezők nemek szerinti rangsorában csupán a túlzott alkoholfogyasztás és a magas sófogyasztás esetében figyelhető meg lényegesebb eltérés. [3. táblázat] Látszik, hogy egyetlen környezeti kockázati tényezőt (levegő-porszenyezettsége) leszámítva valamennyi jelentős kockázat közvetlenül vagy közvetve a viselkedési kockázathoz, ezen belül is főként a táplálkozási kockázati tényezőkhöz kapcsolható. Ilyen például a túlsúly és elhízás, magas vérnyomás, túlzott sófogyasztás, magas koleszterin- és vércukorszint. A táplálkozási kockázatok súlyát jelzi, hogy ez a nőknél 5-ször, a férfiaknál 3-szorosan haladja meg a dohányzás okozta veszteségeket.

A magyarok viselkedéssel kapcsolatos egészségkockázatai nemzetközi viszonylatban is kimagaslóan nagyok. A legfrissebb OECD tanulmány szerint 2015-ben a magyar lakosság 25,8%-a dohányzott és 30%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. Ezek az értékek mind rosszabbak, mint az OECD országok átlaga, és a vizsgált 35 ország közül a dohányzás tekintetében a 3., a túlsúly tekintetében a 4. legkedvezőtlenebb adatok, amelyek szintén felhívják a figyelmet a lakosság egészséggel kapcsolatos viselkedése megváltoztatásának szükségességére.¹¹

Változásra nemcsak a felnőtteknél, hanem a magyar fiataloknál is szükség van. Magyarországon a 15 éves serdülők körében is az uniós átlag feletti a rendszeresen dohányzók aránya (20%, szemben a 14%-os uniós átlaggal).¹² Tízből négy 15 éves számolt be arról, hogy életében már legalább kétszer volt részeg, ami a második legmagasabb arány az EU-n belül (Dánia után), és magasan az uniós átlag felett van (25%). A túlsúly és az elhízás a 15 évesek körében is az uniós átlag felett van, és 2001–02 óta több mint 50%-kal nőtt (12%-ról 19%-ra 2013–14-ben).

^{xii} Az egészségtudományok fejlődésével a betegségek kialakulásának okait sok esetben sikerülni fog majd tisztázni, és megállapítani, mekkora szerepük van a kockázati tényezőknek, mekkora az öröklött tulajdonságoknak és mekkora a véletlennek.

6. ábra: Egészségveszteségek (ELÉV) megoszlása kockázati tényezők csoportjai között, Magyarországon, 2016



Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: A legalább 1000 ELÉV/100 ezer fő veszteséget okozó kockázati tényezők rangsora nőkre és férfiakra Magyarországon, 2016

Rang-sor	Nők	ELÉV 100.000 főre	Rang-sor	Férfiak	ELÉV 100.000 főre
1	Magas vérnyomás	6369	1	Dohányzás	8591
2	Dohányzás	3999	2	Magas vérnyomás	7674
3	Túlsúly, elhízás	3827	3	Túlzott alkoholfogyasztás	6704
4	Magas koleszterinszint	2981	4	Túlsúly, elhízás	4522
5	Magas vércukorszint	2427	5	Magas koleszterinszint	3913
6	Túlzott alkoholfogyasztás	1611	6	Magas vércukorszint	3207
7	Alacsony teljes kiőrlésű gabona fogyasztása	1592	7	Alacsony teljes kiőrlésű gabona fogyasztása	2204
8	Levegő porszennyezettsége	1260	8	Magas sófogyasztás	2144
9	Alacsony dió-, olajosmag-fogyasztás	1177	9	Levegő porszennyezettsége	2027
10	Alacsony gyümölcsfogyasztás	1162	10	Alacsony gyümölcsfogyasztás	1942
11	Magas sófogyasztás	1041	11	Alacsony dió-, olajosmag-fogyasztás	1746

Forrás: saját szerkesztés

BETEGSÉGEKHEZ KÖTHETŐ HALÁLOZÁS

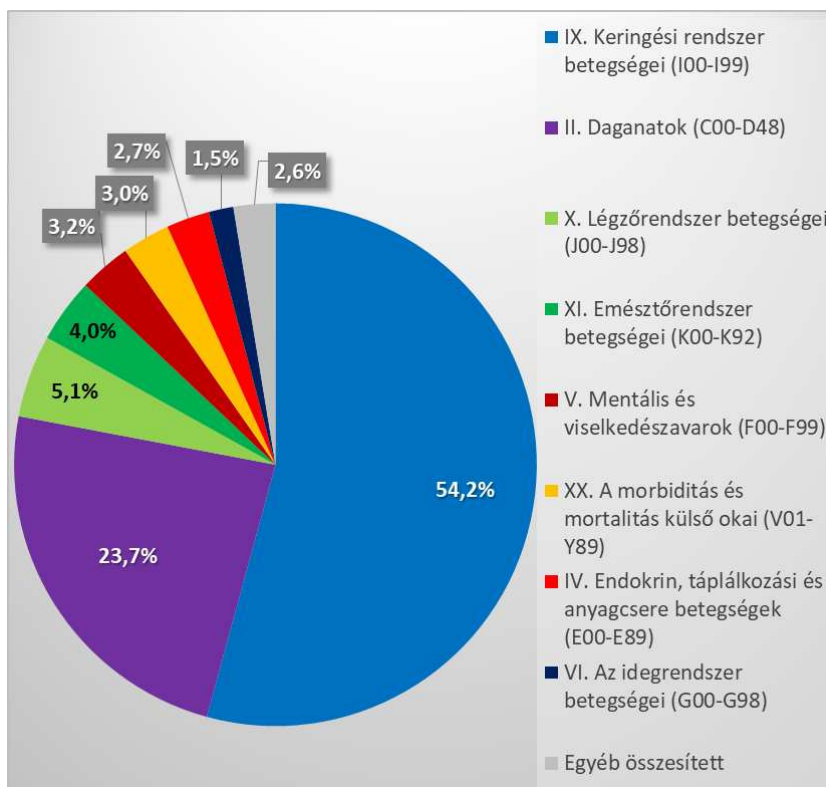
Összes halálozás

2016-ban a magyar nők körében bekövetkezett halálesetek több mint felét (54%) a keringési rendszer betegségei, közel negyedét (24%) a rosszindulatú daganatos megbetegedések okozták. [7. ábra] Az előzőeknél jóval kisebb arányt képviseltek a légzőrendszer (5%) valamint az emésztőrendszer (4%) betegségei.

A férfiaknál az egyes diagnosztikus főcsoportok halálhálójának aránya a nőkhöz viszonyítva kissé eltérően alakult: a keringési rendszer betegségei a halálhálók közül kevesebb, mint a felét (45%), a rosszindulatú daganatos megbetegedések viszont közel 30%-át tették ki. [8. ábra] A nőkhöz hasonlóan e betegségcsoportokat 6% körüli aránnyal a légzőrendszer, az emésztőrendszer betegségei követték, de férfiaknál ilyen részarányban halálhálójuként megjelentek a morbiditás és mortalitás külső okai^{xiii} is, míg ez utóbbi a nők körében 3% volt.

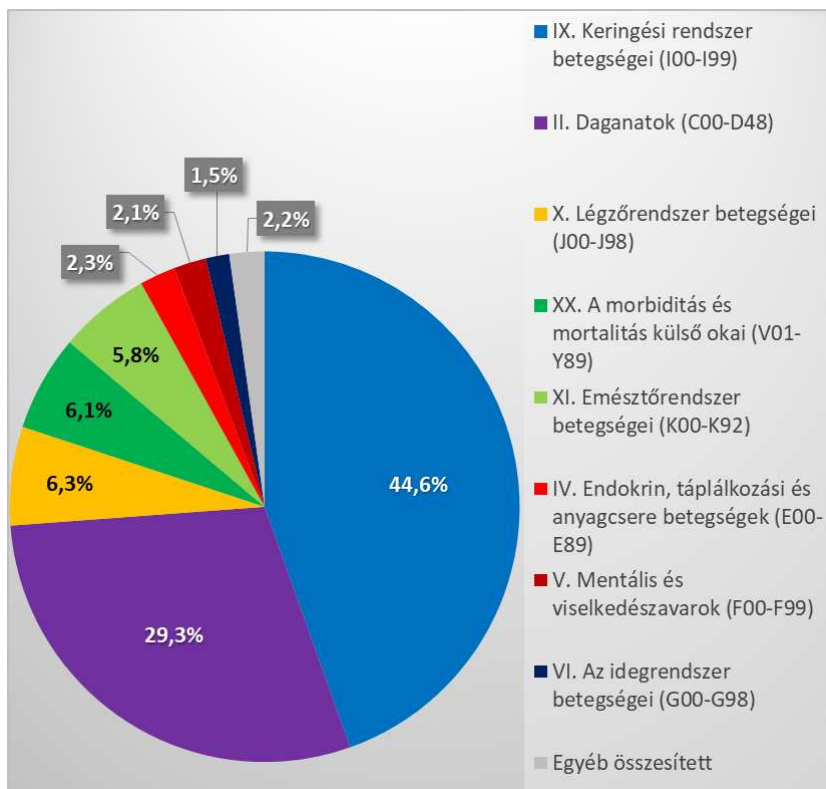
^{xiii} A GBD2016-ban ez a betegségcsoport sérülésként jelenik meg.

7. ábra: Nők halálózásának oki megoszlása diagnosztikai főcsoportok szerint, 2016



Forrás: saját szerkesztés

8. ábra: Férfiak halálózásának oki megoszlása diagnosztikai főcsoportok szerint, 2016



Forrás: saját szerkesztés

A két legnagyobb részarányt képviselő diagnosztikus főcsoportok részletesebb vizsgálata lehetőséget kínál egyes betegségek haláloki jelentőségének megállapítására. [4. táblázat] Mind a nőknél, mind a férfiaknál legtöbbször az iszkémiás szívbetegség és az agyérbetegség volt a halál oka. A gyakorisági rangsorban harmadik helyen a nőknél a magas

vérnyomás, negyedikként a rosszindulatú tüdődaganat következett. Férfiaknál harmadik a rosszindulatú tüdődaganat, negyedik az agyérbetegség, míg a magas vérnyomás csak az 5. volt. Nőknél az első négy betegség az összes haláleet felében szerepelt halálökként, a férfiaknál valamivel kisebb arányban, 45%-ban.

4. táblázat: Leggyakoribb keringési rendszeri és rosszindulatú daganatos halálokok, 2016

Betegségek	haláletek száma	az összes haláleet %-ban
NŐK		
Összes halálozás	64 395	100%
Keringési rendszer betegségei	34 927	54,2%
Iszkémiás szívbetegség (I20-I25)	16 830	26,1%
Agyérbetegség (I60-I69)	5 988	9,3%
Magas vérnyomás (I10-I15)	5 903	9,2%
Daganatok	15 283	23,7%
Tüdő (C33-34)	3 341	5,2%
Emlő (C50)	2 223	3,5%
Vastag- és végbél (C18-21)	2 214	3,4%
Hasnyálmirigy (C25)	1 122	1,7%
Petefészek (C56)	696	1,1%
Gyomor (C16)	649	1,0%
FÉRFIAK		
Összes halálozás	62 658	100%
Keringési rendszer betegségei	27 919	44,6%
Iszkémiás szívbetegség (I20-I25)	14 454	23,1%
Agyérbetegség (I60-I69)	4 713	7,5%
Magas vérnyomás (I10-I15)	3 370	5,4%
Daganatok	18 335	29,3%
Tüdő (C33-34)	5 542	8,8%
Vastag- és végbél (C18-21)	2 845	4,5%
Prosztata (C61)	1 301	2,1%
Szájüreg (C00-C14)	1 122	1,8%
Hasnyálmirigy (C25)	1 056	1,7%
Gyomor (C16)	930	1,5%
Húgyhólyag (C67)	683	1,1%

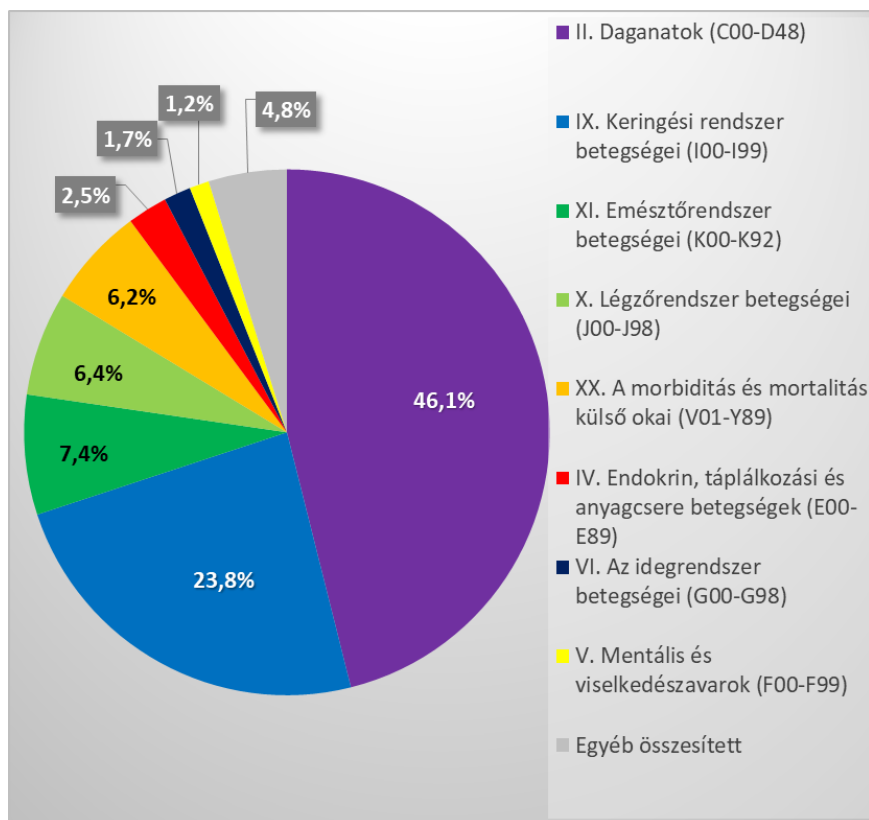
Forrás: saját szerkesztés

Korai halálozás

A 65 éves kor előtt elhunyt nők haláloki statisztikáját vizsgálva megállapítható, hogy a teljes női populációban tapasztalható képest a keringési betegségek alacsonyabb részarányt képviselnek (46% v.s. 54%). [9. ábra] A rosszindulatú daganatok (24%) után még jelentősebb a súlya az emésztőrendszer (7%) és a légzőrendszer (6%) betegségeinek, valamint a morbiditás és mortalitás külső okainak (6%) is.

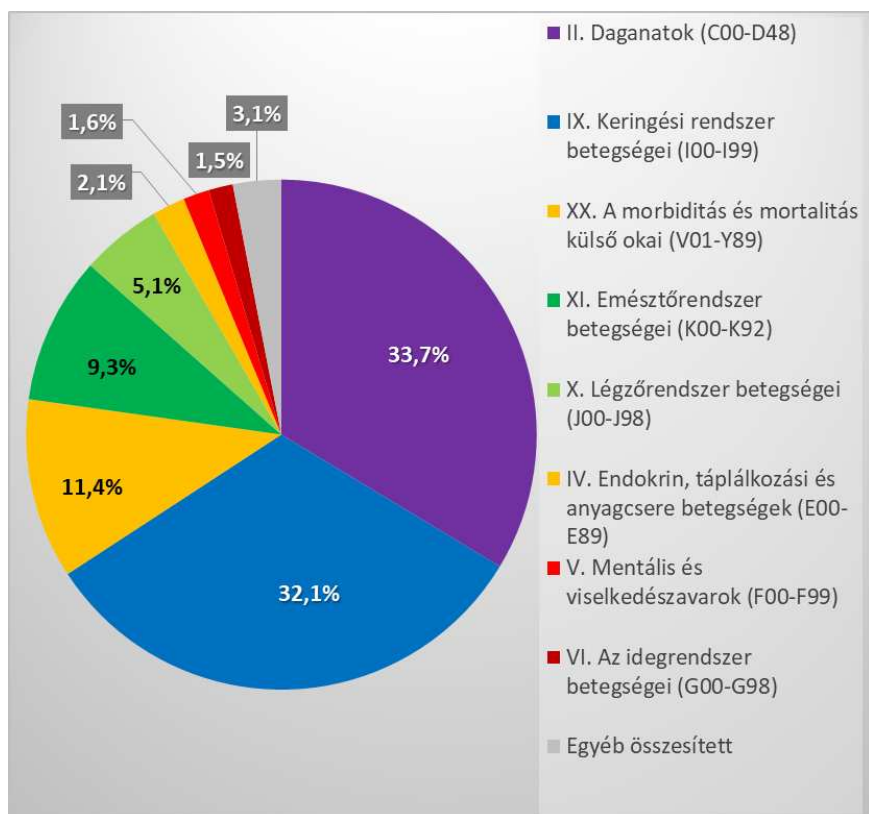
A 65 éves kor előtt elhunyt férfiak esetében a halál-okok diagnosztikus főcsoportok szerinti megoszlása, a nőkhöz hasonlóan, ugyancsak eltér a teljes férfinepességet jellemző haláloki struktúrától. [10. ábra] Nagyjából egyharmad-egyharmad a keringési betegségek és a rosszindulatú daganatok okozta halálozás részaránya, majd csökkenő súllyal a morbiditás és mortalitás külső okai (11%), az emésztőrendszer (9%) és a légzőrendszer (5%) betegségei következnek.

9. ábra: A 65 évnél fiatalabb nők halálózásának oki megoszlása diagnosztikai főcsoportok szerint, 2016



Forrás: saját szerkesztés

10. ábra: A 65 évnél fiatalabb férfiak halálózásának oki megoszlása diagnosztikai főcsoportok szerint, 2016



Forrás: saját szerkesztés

A 65 éves kor előtt elhunytak halálói megoszlásának részletesebb elemzését teszi lehetővé az 5. táblázat. A nőknél a gyakorisági rangsor első helyén a tüdő rosszindulatú daganata, második helyen az iszkémiás szívbetegség áll, majd a rosszindulatú emlődaganatot az agyérbetegségek követik. Együtt e

négyszázötven betegség az összes halálozás 35%-át tették ki. Férfiaknál sorrendben az iszkémiás szívbetegség, a tüdő rosszindulatú daganata, az agyérbetegség valamint a vastag- és végbéldaganat, együttesen 37%-os részarányt képviselt.

5. táblázat: A 65 éves kor előtt elhunytak leggyakoribb keringési rendszeri és rosszindulatú daganatos halálakai, 2016

Betegségek	halálozások száma	az összes halálozást %-ban
NŐK		
Összes halálozás	10 041	100%
Keringési rendszer betegségei	2 393	23,8%
Iszkémiás szívbetegség (I20-I25)	1 028	10,2%
Agyérbetegségek (I60-I69)	493	4,9%
Magas vérnyomás (I10-I15)	293	2,9%
Daganatok	4 624	46,1%
Tüdő (C33-34)	1 285	12,8%
Emlő (C50)	711	7,1%
Vastag- és végbél (C18-21)	478	4,8%
Hasnyálmirigy (C25)	265	2,6%
Petefészkek (C56)	234	2,3%
Méhnyak (C53)	232	2,3%
Gyomor (C16)	163	1,6%
Agy (C71)	143	1,4%
Szájüreg (C00-C14)	138	1,4%
FÉRFIAK		
Összes halálozás	20 210	100%
Keringési rendszer betegségei	6 494	32,1%
Iszkémiás szívbetegség (I20-I25)	3 276	16,2%
Agyérbetegségek (I60-I69)	1 021	5,1%
Magas vérnyomás (I10-I15)	648	3,2%
Daganatok	6 800	33,6%
Tüdő (C33-34)	2 302	11,4%
Vastag- és végbél (C18-21)	859	4,3%
Szájüreg (C00-C14)	722	3,6%
Hasnyálmirigy (C25)	400	2,0%
Gyomor (C16)	305	1,5%
Nyelőcső (C15)	238	1,2%
Gége (C32)	233	1,2%
Máj (C22)	221	1,1%

Forrás: saját szerkesztés

Megelőzhető és elkerülhető halálozás

Az ismert leghatásosabb népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető, illetve a legjobbnak tartott, időben történő orvosi beavatkozással elkerülhető halálozásokra vonatkozó 2015-ös adatok szerint közel 39.000 halálozást megelőzhető és

mintegy 25.000 orvosi ellátással elkerülhető lett volna, ami az összes halálozás 29% illetve 19%-ának felel meg. [6. táblázat] Kiemelendő, hogy 65 éves kor előtt három halálozást közül hozzávetőlegesen kettőt megelőzhető, egy pedig orvosi ellátással elkerülhető lett volna.

A halálestek egy része mind a megelőzhető, mind az elkerülhető halálozásba sorolható, ezért célszerű az átfedés kiszűrésével kiszámítani, hogy összességében hány haláleset lett volna vagy megelőzhető, vagy elkerülhető. E szerint 2015-ben az elhunytak

több mint harmada, a korai halálozások elszennvedőinek több mint háromnegyede életben maradhatott volna, a hazai egészségügyi rendszer optimális működése esetén.

6. táblázat: Megelőzhető, elkerülhető halálozások, 2015

	Megelőzhető	Elkerülhető	Megelőzhető vagy elkerülhető
Összes életkor (0-X év)			
halálozások száma	38 674	24 509	47 383
részaránya	29%	19%	36%
Korai (0-64 év)			
halálozások száma	20 338	11 665	24 485
részaránya	64%	37%	77%

Forrás: saját szerkesztés

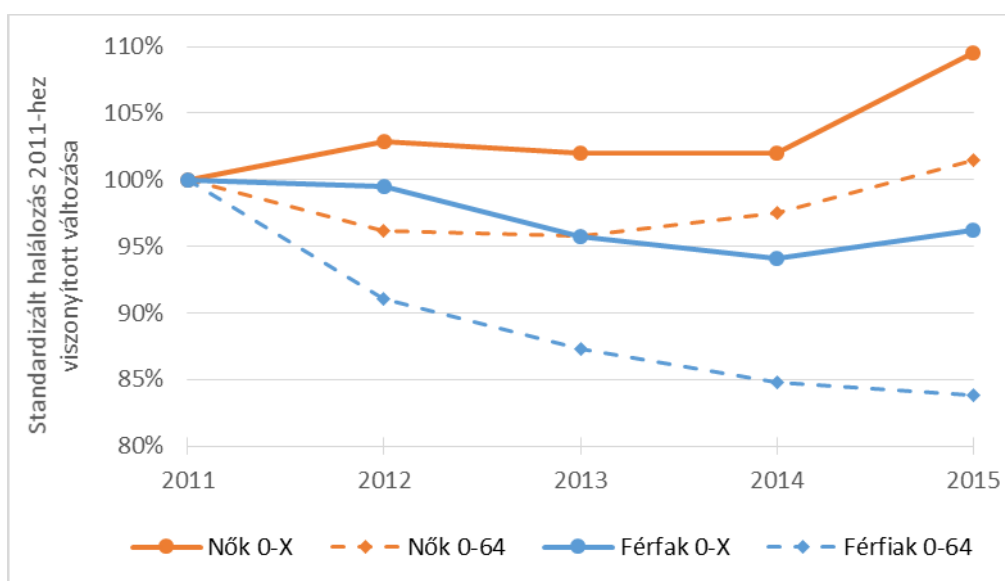
Dohányzásnak tulajdonítható halálozás

A viselkedési kockázati tényezők közül csupán a dohányzás esetében állnak rendelkezésre hazai kockázat alapú halandósági elemzések. Ezek szerint a dohányzás következtében Magyarországon 6.902 nő és 14.393 férfi halt meg 2015-ben. A nőknél 2011 és 2015 között 10%-os emelkedés figyelhető meg a 100 ezer főre számított dohányzásnak tulajdonítható standardizált halálozás értékében. Bár a 65 év alatti nők körében a dohányzásnak tulajdonítható halálozás 2015-ben gyakorlatilag megegyezett a

2011-es értékkel, azonban 2013 óta emelkedő trend tapasztalható.

Férfiaknál 2011-hez viszonyítva a standardizált halálozás némi csökkenést mutat 2015-re, de az egy évvel korábbi értékhez képest itt is növekedés látható. [11. ábra] A 65 éves kor előtt elhunyt férfiak körében folyamatos csökkenés figyelhető meg 2011 óta, 2015-ben a dohányzásnak tulajdonítható halandóság már 16%-kal volt alacsonyabb a kiindulási évhez viszonyítva.

11. ábra: Dohányzásnak tulajdonítható halálozás változása a 2011-es értékekhez viszonyítva



ÖSSZEGRZÉS

A várható élettartam illetve az egészségben várható élettartam elemzésének eredményei azt támasztják alá, hogy a magyar lakosság egészségi állapota évtizedek óta nem közelít a szomszédos Ausztria és a hasonló társadalmi-gazdasági fejlődésen átment Visegrádi országokban élőkéhez, sőt, Szlovákiához és Lengyelországhoz viszonyított lemaradásunk növekedett. Ezek alapján úgy tűnik a magyar egészségügyi rendszer új irányú megerősítése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy a magyar lakosság életkilátásait tekintve hazánk felzárkózzon a régió hasonló fejlődési pályán haladó országaihoz.

A nem fertőző betegségek valamint sérülések okozák Magyarországon az egészségveszteségek csaknem egészét. Az egészségveszteségek időbeli elemzésének eredményei alapján, az egyelőre kisebb jelentőségű Alzheimer-kór és egyéb demenciák okozta veszteségek súlyának növekedése várható. A férfiaknál ezeken kívül a vastag- és végbél dagاناتok valamint a cukorbetegség esetében számíthatunk a veszteségek részarányának növekedésére. Ugyanakkor számos esetben tapasztalható javulás is, például a közlekedési balesetek miatti veszteségek aránya várhatóan tovább csökken. A hazai egészségveszteségeket a jelenleginél sokkal hatékonyabban lehetne csökkenteni, ha az egészségügy erőforrásainak elosztásakor figyelembe vennék a betegségekhez kapcsolható veszteségek rangsorát.

A kockázati tényezőkhez köthető veszteségi rangsor alapján megállapítható, hogy kiemelten az egészséges táplálkozás valamint az aktívabb életmód

előmozdítása, a dohányzás és az alkoholfogyasztás visszaszorítása csökkentené legnagyobb mértékben a hazai egészségveszteségeket.

A 2016-os halálozási adatok elemzése ismét megerősítette, hogy a halálesetek okai leggyakrabban a keringési betegségek valamint a rosszindulatú daganatok. Ezeket követik a légzőrendszer, az emésztőrendszer betegségei valamint a morbiditás és mortalitás külső okai. A Magyarországon leggyakoribb halálokok és az egészség-magatartás között bizonyítottan fennálló kapcsolatok miatt a lakosság viselkedésének kedvező irányba történő megváltoztatását célzó beavatkozásokhoz érdemes a jelenleginél jóval nagyobb erőforrásokat koncentrálni. Ennek szükségességét erősítik a viselkedési kockázati tényezőkhez köthető egészségveszteségek magas aránya is.

A megelőzhető és elkerülhető halálozási elemzések szerint a magyar egészségügyi rendszer optimális működésével a 2015-ben elhunytak több mint harmada, a 65 évnél fiatalabbak háromnegyede maradt volna életben. Az eredmények azt mutatják, hogy népegészségügyi beavatkozásokkal az orvosi ellátáshoz viszonyítva egyértelműen több életet lehetne megmenteni Magyarországon. Mindezek – összhangban a betegségekhez illetve kockázati tényezőkhez köthető egészségveszteségek, valamint a halandóságra vonatkozó elemzések eredményeivel – arra mutatnak, hogy az egészségügyi rendszer erőforrásainak célszerű átrendezése, különösen a népegészségügy megerősítése szükséges ahhoz, hogy a lakosság egészsége az ország társadalmi-gazdasági szintjén elvárhatóat mielőbb elérje.

FÜGGELÉK

7. táblázat: A születéskor és 65 éves korban várható és egészségben várható életévek tényleges és korrigált száma a Visegrádi országokban és Ausztriában, 1990, 2016

	Születéskor várható életévek száma				Születéskor egészségben várható életévek száma				65 éves korban várható életévek száma				65 éves korban egészségben várható életévek száma			
	1990	2016	Különbség		1990	2016	Különbség		1990	2016	Különbség		1990	2016	Különbség	
TÉNYLEGES																
Magyarország	69,5	75,7	6,3	9,0%	60,5	65,8	5,3	8,8%	14,0	16,8	2,8	20,4%	9,8	12,1	2,3	23,1%
Szlovákia	71,0	77,0	6,0	8,5%	62,0	66,9	4,9	7,9%	14,0	17,2	3,1	22,3%	10,2	12,6	2,4	23,5%
Lengyelország	70,9	77,9	7,0	9,9%	61,9	67,6	5,7	9,2%	14,5	18,3	3,8	26,5%	10,5	13,3	2,8	26,5%
Cseh Köztársaság	71,8	79,1	7,3	10,2%	62,5	68,1	5,6	9,0%	13,8	18,2	4,4	31,5%	9,8	13,0	3,2	32,6%
Ausztria	75,7	81,5	5,8	7,7%	66,2	70,9	4,7	7,1%	16,5	20,1	3,6	21,5%	12,6	15,3	2,7	21,7%
KORRIGÁLT																
Magyarország	74,9	77,3	2,5	3,3%	65,5	67,5	2,1	3,2%	16,3	17,5	1,1	7,0%	12,3	13,2	0,9	7,2%
Szlovákia	75,6	78,2	2,6	3,5%	66,1	68,3	2,2	3,4%	16,6	18,0	1,4	8,5%	12,5	13,6	1,1	8,6%
Lengyelország	74,4	77,9	3,5	4,7%	65,1	68,0	3,0	4,6%	16,2	17,8	1,6	10,1%	12,2	13,5	1,3	10,4%
Cseh Köztársaság	76,2	78,2	2,0	2,6%	66,6	68,3	1,7	2,5%	16,9	18,0	1,1	6,6%	12,8	13,6	0,9	6,7%
Ausztria	76,8	78,5	1,8	2,3%	67,1	68,5	1,5	2,2%	17,2	18,2	1,0	6,1%	13,0	13,8	0,8	6,1%

Forrás: saját szerkesztés

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Orosz É, Kollányi Zs. Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi Tamás, Tóth István György (szerk.) Társadalmi Riport 2016. Budapest: TÁRKI, 2016. pp. 332-355.
- ² Ádány R. A magyar lakosság egészségi állapota a halálozási viszonyok tükrében. In: Ádány R (szerk.) Megelőző orvostan és népegészségtan: 2. átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina, 2012. pp. 104-118.
- ³ Balku E et al. Egészségjelentés 2015. szerk.: Varsányi P, Vitrai J. Nemzeti Egészségfejlesztés Intézet, Budapest, 2015. www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf (Elérve: 2017.10.28.)
- ⁴ Bakacs M et al. Egészségjelentés 2016. szerk.: Varsányi P, Vitrai J. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest 2017. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/cikk/egeszsegjelentes-2016 (Elérve: 2017.10.28.)
- ⁵ Varsányi P et al. Új hazai egészségmonitorozási koncepció. Egészségfejlesztés, 2016;57(1):41-48. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i1.10>.
- ⁶ Vitrai J. A népegészségügyi adatgyűjtések etikai vonatkozásai. Az Egészségügyi Világszervezet újonnan közzétett irányelveinek ismertetése. Egészségfejlesztés, 2017;58(3):31-33. doi:<http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i3.174>.
- ⁷ GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390: 1260–344. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)
- ⁸ Vitrai J, Varsányi P, Bakacs M. Új lehetőségek a magyarországi egészségveszteségek becslésére. Lege Artis Medicinae, 2015.25:283–290.
- ⁹ EUROSTAT- Amenable and preventable deaths statistics. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics (Elérve: 2017.10.31)
- ¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention. Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs (SAMMEC) <https://chronicdata.cdc.gov/Health-Consequences-and-Costs/Smoking-Attributable-Mortality-Morbidity-and-Econo/3kjq-j5dm> (Elérve: 2017.10.31.)
- ¹¹ OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- ¹² Magyarország. Egészségügyi országprofil 2017. Európai Bizottság, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf; (Elérve: 2017. 11. 26.)

Ismertetés: A cigaretta áremelésének hatása a cigarettafogyasztási szokásokra, a dohánytermékekből származó adóbevételekre és a dohányzásnak tulajdonítható halálózásra az EU 28 tagállamában – regressziós küszöbmodell alkalmazásával

The effects of a rise in cigarette price on cigarette consumption, tobacco taxation revenues, and of smoking-related deaths in 28 EU countries - applying threshold regression modelling

Ismerteti: Kiss Judit ✉
EMMI, Dohányzás Fókuszpont

Szerzők: Chun-Yuan Yeh, Christian Schafferer, Jie-Min Lee, Li-Ming Ho, Chi-Jung Hsieh
Megjelenés: BMC Public Health, BMC series, Published Online 21 September 2017
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4685-x>

Beküldve: 2017. 10. 30.
doi: 10.24365/ef.v58i4.200

Kulcsszavak: cigaretta ár, cigarettafogyasztás, regressziós küszöbmodell, dohányzásnak tulajdonítható halálózás, Európai Unió

Keywords: cigarette price, cigarette consumption, threshold regression model, smoking-related death, European Union

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Európai Unióban éves szinten több mint 25 milliárd eurót fordítanak a dohányzással összefüggésbe hozható betegségek kezelésére, ezért az EU egyik legfontosabb népegészségügyi célkitűzése a dohánytermékek fogyasztásának csökkentése. A hivatkozott tanulmány 28 európai uniós országban vizsgálta az árak emelésének hatását a cigarettafogyasztásra, a dohányzásból származó adóbevételekre és a dohányzással összefüggő halálózásra. A 2005-2014 közötti évekre vonatkozó - az Euromonitortól, a Világbanktól és az Egészségügyi

Világszervezettől származó - adatok felhasználásával, a jövedelmet küszöbérték változóként használva regressziós küszöbmodellt alkalmaztak a cigarettaárak rugalmasságának becsléséhez és az áringadozások hatásának szimulálásához. Az elemzés eredményei azt mutatták, hogy a cigaretta árának 10%-os emelkedése szignifikánsan csökkentené a cigarettafogyasztást, valamint a dohányzás okozta halálózást valamennyi vizsgálati országban, de a leghatékonyabb Bulgária, Románia, Lettország és Lengyelország esetében lenne.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány eredményei fontos hivatkozási alapként szolgálhatnak az EU népegészségügyi szakhatóságai számára a dohányzásmegelőzési és -ellenőrzési politikák értékeléséhez. A cikk szerzőinek elsődleges javaslata az EU egészségpolitikai döntéshozói számára az, hogy vessenek ki minél magasabb adókat a dohánytermékekre a cigaretta árának növekedése érdekében, mivel ezzel hozzájárulhatnak a cigarettafogyasztás csökkentéséhez. Mindezen túlmenően a dohányzásból származó adóbevételek növelése fontos szerepet játszik a dohányzásmegelőzési programok kiadásainak fedezésében.

Ismertetés: A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése: a YouthCHAT program

Screening for risky behaviour and mental health in young people: the YouthCHAT programme

Ismerteti: Maczali Katalin ✉
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Szerzők: Goodyear-Smith F, Martel R, Darragh M, Warren J, Thabrew H, Clark TC.

Megjelenés: Public Health Reviews 2017;38:20; doi: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0068-1>

Beküldve: 2017. 11. 12.

doi: 10.24365/ef.v58i4.207

Kulcsszavak: mentális egészség; kockázati magatartás; kamaszkor; szűrés; eHealth

Keywords: mental health; risk behavior; adolescence; screening; eHealth

ÖSSZEFOGLALÁS

A *YouthCHAT* egy fiatalokra specializált, önkitöltős, holisztikus, kockázati magatartást és mentális egészséget elektronikus formában szűrő és intervenciót tervező program, amelyet Új-Zélandon fejlesztettek ki. A cikk célja, hogy megvitassa ennek a logikáját, a fejlesztését, a progresszív megvalósítását és a potenciális hatását a fiatalok egészségére és jólétére.

Az elektronikus szűrés (e-szűrés) konzisztens eredményeket nyújt, csökkenti a személyzet munkaidejét, és önkitöltős jellege által az egyén több mindent árul el önmagáról. Egyre több kutatás javasolja az elektronikus, önkitöltős felméréseket. Az e-szűrés lehetőséget nyújt arra, hogy a fiatalok érzékeny információkat osszanak meg anélkül, hogy félniük kellene a megbélyegzéstől.

A *YouthCHAT* összetett szűrő a pszichoszociális problémákhoz, amelyet egy felnőttet célzó mérőeszközből – elektronikus esetkezelő és segítő felmérő eszközből – fejlesztettek ki (*eCHAT* – *Electronic Chat*). Az *eCHAT* egy önbejelentő, gyors

(5-15 perces) szűrőeszköz, amely vizsgálja a szerhasználatot, a problémás szerencsejátékot, a depressziót, a szorongást, a dühkezelési problémákat és a mozgáshiányt.

A pozitív válaszadás dohányzásra, alkoholfogyasztásra és más kábítószerekre közvetlenül átvezet a szerhasználatot, depressziót vagy szorongást mérő, validált, elektronikus kérdőívekhez, amelyeket a *YouthCHAT* esetében kifejezetten a fiatalok számára fejlesztettek ki. Az elektronikus forma következtében az eredmények azonnal kommunikálhatók az egészségügyi szakemberek számára, és tartalmaznak egy összefoglalót a felmérés eredményeiről, amely segít a kérdésekre adott válaszok mélyére ásni.

Megfelelő populációs lefedettség esetén a *YouthCHAT* adatai felhasználhatók a mentális egészség kockázatainak prevalencia vizsgálatához, ez segíthet a szakembereket magasabb szükségletű területekre csoportosítani. Ezek az adatok információt adhatnak a fiatalok mentális egészségéről és szerhasználatáról, továbbá segítséget nyújthatnak a megfelelő, többlépcsős intervenció kidolgozásához.

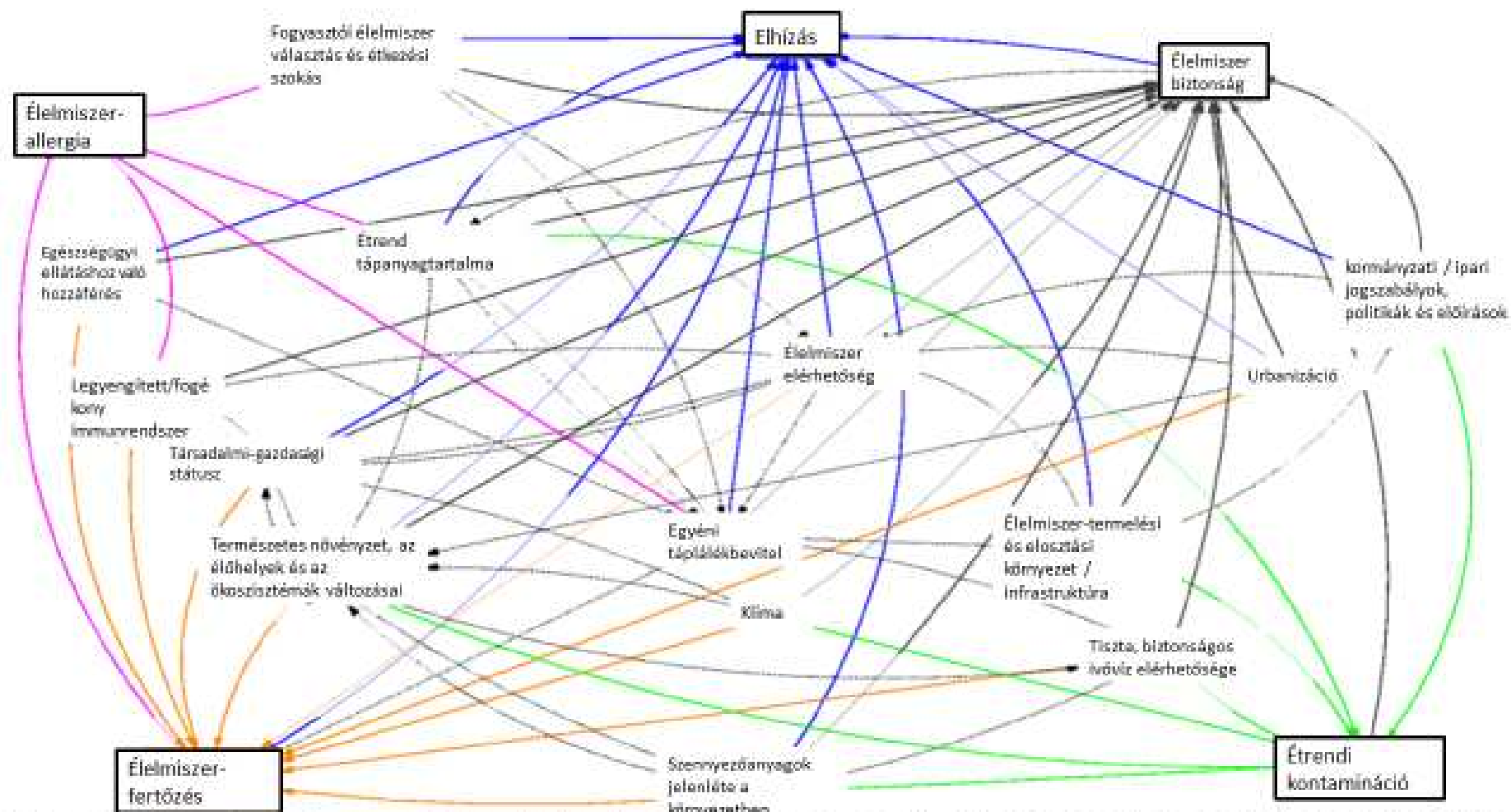
Ezek az anonim adatok több szinten is felhasználhatóak, akár egyéni egészségügyi szolgáltatóknál vagy regionális egészségügyi ellátóknál. Az elérhető

adatok elemzéséhez kifejlesztettek egy portált, amelyhez hozzáférést kapnak a házi orvosok, a klinikai szakemberek és az egészségügyi adatelemzők.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazai ifjúsági egészségügyi ellátásban is szükség lenne egy hasonló szűrőeszköz adaptációjára, hiszen a magyar ellátórendszer is pénz- és időhiánnyal küzd. Hasznos lehetne egy olyan, hazai online szűrőfelület, amelyet az új-zélandi maori lakosság mintájára az itthoni roma populációra lehetne specializálni, akár roma nyelven elérhetővé tenni.

1. ábra: 14 tényező, amely az 5 ételmisszerekkel kapcsolatos népegészségügyi problémák közül legalább 3-mal összefügg



Perrin S. Food, health, and complexity: coming to a conceptual understanding to guide collaborative public health action. *Mayhew SE, Meyer SB, Kirkpatrick SL, Graham JL, Shalhoub A, Elliott SJ, Minkler LM, Scott S, Laine B. BMC Public Health. 2018 Jun 2;18:497. doi: 10.1186/s12889-018-5343-8.*

Ismertetés: A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei

Contextual influences on physical activity and eating habits - options for action on the community level

Ismerteti: Veress Réka 
Emberi Erőforrások Minisztériuma, HEPA nemzeti kapcsolattartó

Szerzők: Sven Schneider, Katharina Diehl, Tatiana Görig, Laura Schilling, Freia De Bock, Kristina Hoffmann, Maren Albrecht, Diana Sonntag és Joachim Fischer
Megjelenés: BMC Public Health (2017) 17:760; doi:10.1186/s12889-017-4790-x

Beküldve: 2017. 10. 17.
doi: 10.24365/ef.v.58i4197

Kulcsszavak: elhízás; testmozgás; étkezés; étkezési szokások; környezeti tényezők; közösségi fellépés; obezogén

Keywords: obesity; physical activity; nutrition; eating habits; contextual influence; community interventions; obesogenic

ÖSSZEFOGLALÁS

A cikk szerzői, a világban széleskörűen elterjedt elhízást és az azt okozó elégtelen testmozgási és egészségtelen táplálkozási szokásokat vizsgálják. Az elhízás, mint világméretű kihívás kezelésében, a korábban széleskörűen elterjedt, egyéneket célzó beavatkozások helyett, a kontextuális, vagyis az egyének teljes környezetét bevonó intézkedéseket veszik górcső alá. A túlzott súlygyarapodás ugyanis tudományos konszenzus szerint nem szűkíthető pusztán az egyének mozgási és étkezési szokásaira. Az utóbbi években egyre nagyobb hangsúlyt kap maga a környezet, amelynek hatására az elhízás kialakul. A szakemberek egyre nyitottabban tekintenek az ún. „obezogén”, vagyis az elhízást elősegítő környezet megközelítésre. A környezet egyaránt hat a benne élő felnőtt és gyermek lakosságra, úgy,

hogyan olyan választási lehetőségeket nyújt, amelyek a fizikai inaktivitás és egészségtelen táplálkozás felé sodorhatják őket. Az obezogén környezetet a cikk szerzői mikro- és makroszinten különítik el. [1. ábra]

A mikro szint magába foglalja az összes olyan helyszínt és színteret, amelyek az egyének mindennapjaiban közvetlenül jelen vannak, így az otthonukon és munkahelyükön kívül a helyi infrastruktúrát (közlekedési lehetőségek), rekreációs létesítményeket, boltokat is ideértjük. Gyermekes esetekben tipikusan ide tartozik még az óvoda, iskola, tanulói környezet, a látogatott sportegyesületi helyszínek. A mikro szinthez tartozó adottságok földrajzilag behatárolhatóak, kisléptékűek és nagyban befolyásolhatóak a helyi szereplők (polgármester, képviselők, lakók) által.

Ezzel szemben a makro szinten olyan átfogó közegek, szektorok szerepelnek, mint az oktatási vagy egészségügyi ágazat, közlekedéspolitikai, élelmiszeripar, sportszektor, tömegkommunikáció, kulturális sajátosságok, stb.

A mikro és makro szinteken egyaránt megkülönböztetnek a szerzők fizikai, gazdasági, politikai és szociokulturális környezetet. A makro szint hatással van a mikro szintre, és a mikro szint jellemzői közvetlenül befolyásolják az egyének életkörülményeit. Ezen gondolatmeneten alapulva, egy elhízást elősegítő környezet a különböző szektorokon és helyi körülményen keresztül eljut az egyének szintjére is. Az obezogen környezettel kapcsolatos tudományos, valamint tapasztalati vizsgálódások még gyerekcipőben járnak. A túlzott súlygyarapodás soktényezős eredete okán, illetve az említett modell komplexitása miatt is, számos módszertani kihívás merül fel. Ide tartozik például az, hogy sok kutatás az egyes szektorokra vagy egyes célcsoportokra külön-külön fókuszál. További nehézség, hogy a legtöbb tanulmány az Egyesült Államokban készült, azok eredményeit nem lehet egyszerűen általánosítani, és felhasználni a többi kontinensre vetítve.

Az egyének étkezési és testmozgási szokásaira nézve a környezeti hatások mellett további fontos befolyásoló tényező az egyének szubjektív értékelése. A szubjektív felfogás gyakran eltér a valóságtól, és nagymértékben befolyásolja az egyének cseleke-

deteit (pl. ha valaki úgy értékeli, hogy a környezete nem alkalmas sportolásra, ám ez a valóságban nincs így, az adott személy, egyéni felfogásának megfelelően, kevesebbet fog mozogni). Az ilyen és ehhez hasonló, a személyiséget jellemző tényezők hozzáadódnak a környezeti hatásokhoz, és együttesen hatva befolyásolják az egészségi állapotot, a testmozgási és étkezési szokásokat.

A cikk felhívja a figyelmet egy fontos jelenségre: egyes kutatási eredmények hasonló elhízási állapotokat tükröznek különböző földrajzi területeken, mely hasonlóság abból is adódhat, hogy bizonyos társadalmi csoportok klaszterszerűen egy helyre tömörülnek. Ezek az eredmények a társadalmi összetételre vezethetőek vissza és nem a környezeti hatásokra, pl. a jobb anyagi helyzetben levő családok szívesebben laknak jó infrastruktúrával rendelkező helyeken, míg a kevésbé tehető családok kevésbé jó adottságú városrészekre költöznek.

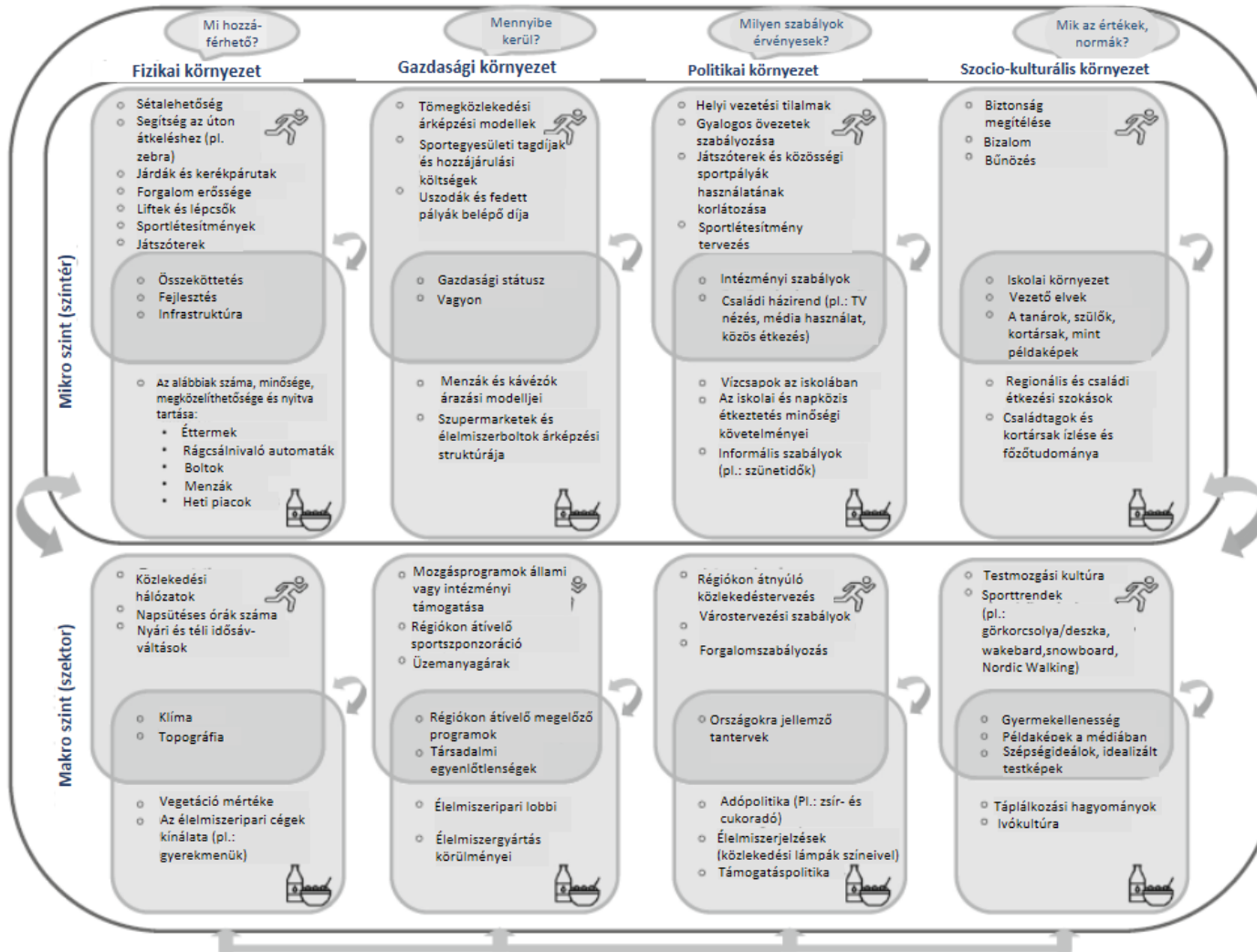
A környezeti hatások vizsgálata során figyelembe kell venni azt is, hogy sokan a szűk értelemben vett lokális környezetükön kívül töltik idejük nagy részét, ld. munkahely, így a különböző helyi szintű intézkedések nem egyenlő mértékben érintik őket.

A környezeti hatások hosszú távú befolyásának mértékét nehéz pontosan megállapítani. Jelenlegi tanulmányok alapján az egyes kontextuális/környezeti tényezők szerepe nagyobb, mint az általános külső tényezőké.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A túlsúly és elhízás elleni harcban a genetikai adottságok számba vétele mellett óriási szerepe van a célcsoportra jellemző környezeti tényezők beazonosításának. Ezek felhasználásával összetársadalmi szinten hatékonyabb eredményt lehet elérni. Az obezogen környezet vizsgálata rámutat arra, hogy azok a beavatkozások, amelyek nem veszik figyelembe a célcsoport életkörülményeit mikro- és makroszinteken, hosszú távon nem lehetnek sikeresek. Így felértékelődnek a közösségeket befolyásoló szereplők hatásai, beleértve a polgármestert, a várostervezést, az óvodai-iskolai környezet irányítóit, a munkáltatókat és a sportegyesületi vezetőket.

1. ábra: Obezogén környezet - A túlsúly kialakulását befolyásoló potenciális tényezők mikro- és makroszintű rendszere



Forrás: Schneider et al. BMC Public Health (2017) 17:760

Ismertetés: Élelmiszer, egészség és komplexitás: egy olyan koncepcionális megértés felé, amely az együttműködésen alapuló népegészségügyi cselekvést irányítja

Food, health, and complexity: towards a conceptual understanding to guide collaborative public health action

Ismerteti: Erdei Gergő ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Szerzők: Shannon E. Majowicz, Samantha B. Meyer, Sharon I. Kirkpatrick, Julianne L. Graham, Arshi Shaikh, Susan J. Elliott, Leia M. Minaker, Steffanie Scott, Brian Laird

Megjelenés: BMC Public Health

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3142-6>

Beküldve: 2017.10.26.

doi: 10.24365/ef.v58i4.198

Kulcsszavak: Népegészségügy, közösségi beavatkozás, népesség alapú tervezés, élelmiszer-allergia, elhízás

Keywords: Public health, Public policy, population-based planning, food allergy, obesity

ÖSSZEFOGLALÁS

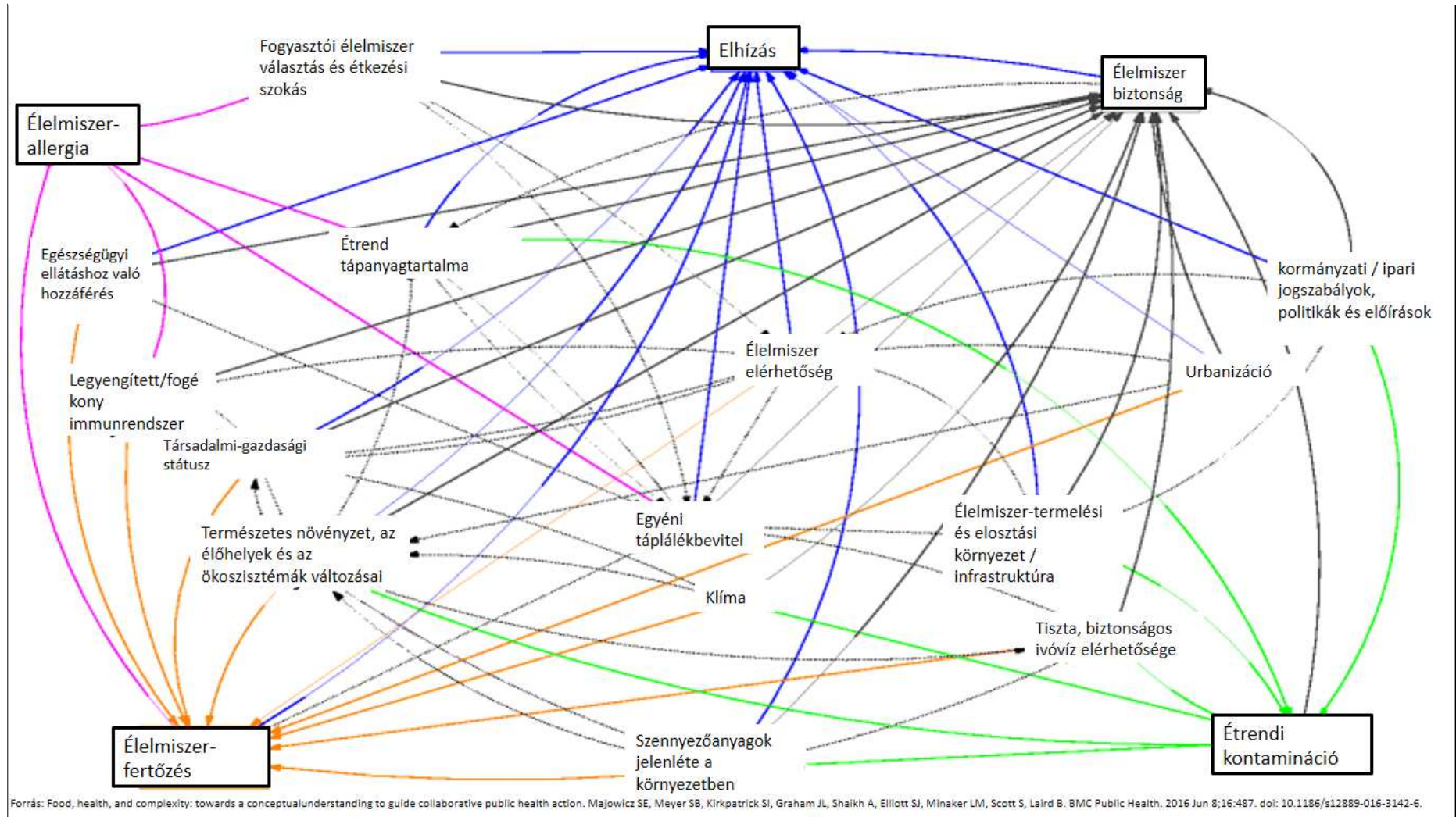
A cikk célja egy modell kidolgozása, amely bemutatja a lehetséges kölcsönhatásokat az élelmiszerfertőzés, élelmiszerbiztonság, étrendi kontamináció, elhízás és élelmiszerallergia között. A 49 vizsgált tényező közül 14 mutat közvetlen kapcsolatot az étrendi kontaminációval, 14 az élelmiszerallergiával, 15 az élelmiszerfertőzéssel, 33 az élelmiszerbiztonsággal, 39 az elhízással. Az elhízás és az élelmiszerbiztonság osztotta meg a legtöbb tényezőt

(n=28). Az elhízás és az élelmiszerallergia (n=11), élelmiszerfertőzés (n=7), étrendi kontamináció (n=6) között szintén találtak közös tényezőket. Az élelmiszerbiztonság és az élelmiszerfertőzés (n=9) és az étrendi kontamináció (n=9) között is van közös kapcsolat. További közös kapcsolat volt még az élelmiszerfertőzés és az étrendi kontamináció (n=8) között. Néhány tényező közös volt az élelmiszerallergia esetében az élelmiszerbiztonsággal (n=4), élelmiszerfertőzéssel (n=2) és az étrendi kontaminációval is.

TANULSÁGOK A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikkben részletezett népegészségügyi problémák között bonyolult kapcsolat figyelhető meg, amely arra utal, hogy a beavatkozások tervezésénél figyelembe kell venni, hogy ezek egymással kölcsönhatásba léphetnek, és váratlan következményekkel járhatnak.

1. ábra: 14 tényező, amely az 5 ételmisszerrel kapcsolatos népegészségügyi problémák közül legalább 3-mal összefügg



Ismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat

School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial

Ismertető: Maczali Katalin ✉
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Szerzők: Karen Swartz, MD, Rashelle J. Musci, PhD, Mary Beth Beaudry, RN, MSN, MPH, Kathryn Heley, MPH, Leslie Miller, MD, Clarissa Alfes, BA, Lisa Townsend, PhD, Graham Thornicroft, MD, and Holly C. Wilcox, PhD
Megjelenés: Am J Public Health 2017
<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304088>

Beküldve: 2017. 11. 22.
doi: 10.24365/ef.v58i4.212

Kulcsszavak: depresszió; egészség-educáció; kamaszkor; iskolai egészségfejlesztés

Keywords: depression; health-education; adolescence; school health-promotion

ÖSSZEFOGLALÓ

A cikk célja, hogy meghatározza a Fiatalok Depresszió Tudatosság Programjának (FDTP), egy univerzális, iskola-alapú depresszió-educáció programnak a hatásosságát a standard egészség-educációs tanmenettel összehasonlítva, valamint hogy felmérje a depresszió-műveltség fejlesztésének fenntarthatóságát egy 4 hónapos után-követéssel.

2012 és 2015 között, 6679 diákot vontak be a kutatásba, akiket random csoportosítottak az FDTP-be, illetve a kontroll csoportokba. A programot előképzettségű tanárok tartották 14-15 éves diákoknak, az iskolai egészség-educáció tanmenet részeként, három egymást követő órán. Az oktatásba többféle tanítási eszközt építettek be, mint az interaktív előadásmód, videók, megnézendő filmek, házi feladatok, csoportos foglalkozások. A tananyag fő elemei: a depresszió tüneteinek azonosítása, az orvosi döntéshozás folyamatának megértése, meglátni a párhuzamokat a depresszió és más egészségügyi problémák között, felismerni az öngyilkossági kísérletre

utaló jeleket, mint a depresszió egy potenciális következményét, és megérteni, hogy a depresszió egy kezelhető betegség.

A programok hatásosságát kérdőíves vizsgálatokkal mérték. A kiértékelést követően megállapítható, hogy a Fiatalok Depresszió Tudatosság Programja szignifikánsan magasabb szintű depresszió-műveltséget eredményezett a résztvevő diákoknál, mint a kontroll csoportnál, azonban a mentális problémák stigmatizációjára nem volt szignifikáns hatással. Az FDTP végére, a diákok 46%-a kereste meg oktatóját valamilyen magukat vagy társukat érintő mentális problémával kapcsolatban, továbbá a depresszió-kezelés szükségét valló diákok közül 44% kapott valamilyen mentális problémát érintő ellátást az FDTP-t követő 4 hónapon belül.

Az eredmények alapján kijelenthető, hogy az FDTP egy hatásos népegészségügyi beavatkozás, mely fejleszti a depresszió-műveltséget a diákok körében, továbbá a tanmenetbe építve költség és időtakarékos, fenntartható, illetve a diákok jelentős részét eléri.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A depresszió kockázata jelentősen megnő a gyermekkorból kamaszkorba váltó életszakaszon. A kamaszkorban megjelenő depresszió szoros összefüggésben áll a rossz iskolai eredményekkel, a családi és társas diszfunkciókkal, a rossz fizikai egészséggel, szerhasználattal, a későbbi munkanélküliséggel, a korai szülővé válással és az öngyilkossággal. Épp emiatt érdemes a korai kamaszkorban megkezdeni az intervenciót, mely segítségével megelőzhető az emelkedett számú prevalencia.

Szükséges lenne hazánkban is jobban fókuszálni a depresszió korai azonosítására, illetve a fiatalok depresszióműveltségének fejlesztésére, ugyanis számos program, köztük az FDTP is már kidolgozott, könnyen a diákokra szabható és megvalósítható, fenntartható programelemeket tartalmaz.

Könyvismertetés: A kutató-elit egyetem névadójának tiszteletére megjelent kötet: „A Semmelweis Egyetem Baráti Körének első negyedszázada az egyetemért”

Book review: The volume published in honour of the research-elite university's denominator: „First quarter century of the Circle of Friends of Semmelweis University activity for the University”

Ismerteti: Schmidt Péter ✉
Győr, Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő

Szerkesztette: Dr. Molnár László, Dr. Donáth Tibor
Megjelenés: Semmelweis Kiadó, Budapest, 2016., ISBN 978-963-331-389-3

Beküldve: 2017. 11. 03.
doi: 10.24365/ef.v58i4.204

Kulcsszavak: könyvismertető; Semmelweis Egyetem Baráti Kör; 25. évforduló

Keywords: book review; Circle of Friends of Semmelweis University; 25st anniversary

A világ 10 legjelentősebb orvosa között számon tartott orvos-tudós tiszteletére, a 25 éve megalakult Baráti Kör Semmelweis Ignác nevét vette fel. A könyv kiadásának és megjelentetésének időpontja kapcsolódott Semmelweis halálának 150. évfordulójához (1865-2015). A szerzők 13 fejezetben, 132 oldalon ismertetik ennek a nagy hagyományokkal rendelkező Baráti Körnek a tevékenységét.

Szél Ágoston professzor, a Semmelweis Egyetem rektora előszavában kiemeli: az olvasó úgy veheti a kezébe ezt a kötetet, mint a Semmelweis Egyetem legjobbainak alkotását, mely azt a szándékot tükrözi, hogy műveiket és személyiségük kulcs-komponenseit felvillantsa. A rektor hangsúlyozza, a Semmelweis Egyetemnek nemcsak múltja és jelene, hanem ígéretes jövője is van. A múltat a jelennel, a jelent a jövővel mi is köthetné jobban össze, mint az egyetem negyed évszázada fennálló, hallatlanul népszerű Baráti Köre. Sótonyi Péter professzor a Baráti Kör működését és alapszabályát leírva hangsúlyozza: 1989-ben, a rendszerváltással szinte egy időben alakulhatott meg Somogyi Endre rektor

kezdeményezésére – az Egyetemi Tanács támogatásával – a Baráti Kör, mint öntevékeny, pártfogótámogató, non profit egyesület, azzal a céllal, hogy ez a szervezet be tudjon kapcsolódni bizonyos egyetemi feladatok megoldásába. A tagok elkötelezettek abban, hogy azokat a szellemi értéket megőrzik, amelyeket a Semmelweis Egyetem és jogelődjeinek tagjai hoztak létre.

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Baráti Körének alakuló ülését 1989. április 7-én tartották a Nagyvárad téri Elméleti Tömb dísztermében. Levezető elnök Csömör Sándor, a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinikájának igazgató-professzora volt, ismertetőt és részletes tájékoztatót Somogyi Endre rektor mondott. A Baráti Kör a Fővárosi Bíróság végzése alapján 1989. augusztus 21-től működik, ahol a taglétszám folyamatosan emelkedett: 1991-ben a már 844 fő volt, közülük 559 hazai és 285 külföldi kolléga. A Baráti Kör hamarosan az Amerikai Magyar Orvosszövetséggel is kapcsolatot alakított ki, mely hivatalos egyetemi egyezmény aláírásához vezetett.

Ennek köszönhető, hogy évente nagyszámú V. és VI. éves orvostanhallgató tölthet több hónapos szakmai gyakorlatot különböző amerikai egyetemeken, kórházakban, majd szervezett rendszerességgel Buffalóban. Molnár László, a Baráti Kör alelnöke precíz kronológiai sorrendben mutatta be a társaság tisztségviselőit. A Szervezet első elnöke Bálint Péter akadémikus volt, aki szerint a Baráti Kör szellemi fellegvár, az egyetem elkötelezett polgárainak önálló közössége. Bálint Pétert 1991-től Kiszely György professzor követte, aki a hazánkban élő, és a külföldön tevékenykedő egykori hallgatóink összetartozását fűzte szorosabbra, elősegítve a hatékonyabb együttműködést. Megjegyezzük, hogy a Baráti Kör megalakulásától 1996-ig ügyvezető elnöki tisztség is létezett, amelyet Somogyi Endre és Jellinek Harry professzorok láttak el rendkívül eredményesen. 1996-tól Fekete György egyetemi tanár lett a Baráti Kör elnöke, aki 1999-ben komoly munkával megszervezte a Baráti Kör 10 éves visszatekintő ünnepségét. Megnyitó előadásában elhangzott, olyan egyetemi szervezet jött létre, amelynek keretében az egyetem polgárai, tanárok és diákok, életük végéig büszkén vállalhatják az Alma Materhez való tartozásukat, és ezt a 10 éves jubileum alkalmából aktív részvételükkel és erkölcsi támogatásukkal demonstrálják.

2002. április 25-én titkos szavazással a Semmelweis Egyetem Baráti Köre elnökének Monos Emil professzort, az MTA doktorát választotta, aki azóta is betölti ezt a tisztséget. A 2002 októbere óta működő internetes honlap tanúsága szerint a rendszeres havi klubrendezvényeken 180 előadás hangzott el 2015-ig. A rendkívül értékes, illusztrált dokumentumok között megtalálhatók a meghívott rektorok (Réthelyi Miklós, Klinghammer István, Molnár Károly, Brooser Gábor) nagy értékű előadásainak anyagai, valamint számos érdekes, szerteágazó és tanulságos bemutató. Az prezentációk között kiemelt témaként szerepeltek a prevencióval, egészségmegőrzéssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek.

A 2015. október 1-jén életbe lépett új Alapszabály megfogalmazza a Baráti Kör küldetésének gyakorlati alapelveit, úgymint az értékek megőrzését, az érdek nélküli összefogást, az egyetem mindenkor polgárainak és pártfogóinak céljait, az egyetem fejlődés-politikai stratégiájának tudatos támogatását.

Célként tűzte ki a vezetőség, hogy a prevencióval, higiénéjével, egészségmegőrzéssel és egészségneveléssel kapcsolatosan mind több ismertető előadás szerepeljen az egyes rendezvényeken, méltó módon követve Semmelweis munkásságának értékeit és hagyományait. Az elhangzott előadások magas szintű orvos-szakmai prezentációkat tartalmaznak, de ezek mellett kiváló színészek: Haumann Péter, Cseke Péter, Mécs Károly, Bálint András és Dóczi Péter is szerepeltek a programokon, továbbá Kenyeres Éva operaénekesnő, Somogyi Péter hegedűművész, Lőrinszky Attila nagybőgő művész és Lutter Imre előadóművész is emelte a rendezvények színvonalát.

Példaértékű az az anyagi támogatás, melyet a Baráti Kör rendszeresen nyújt fontos egyetemi rendezvényekhez, létesítményekhez: a Központi Könyvtár fejlesztéséhez, a sportegyesület bajnokságaihoz, egészségnevelési és egészségfejlesztési programokhoz, valamint különböző egyetemi munkacsoportok betegellátó és tudományos tevékenységeihez is. A megalakulástól napjainkig a nagyszámú előadásból nehéz válogatnunk, mert valamennyi kiváló szakmai munkáról tett tanúbizonyságot. A Baráti Kör életében ki kell emelnünk a 2015-ös évet, mikor Semmelweis Ignác halálának 150. évfordulójáról Európában is egyedülálló módon megemlékeztek. Ezt az is megerősítette, hogy a Magyar UNESCO Bizottság javaslatára felvették Semmelweis Ignác halálának évfordulóját a 2015-ös év nemzetközi megünneplésre méltó események közé. A jubileumi évre Semmelweis Emlékbizottság jött létre, melynek tagjai között a Baráti Kör részéről is többen kaptak felkérést Monos Emil professzor vezetésével. A rendezvények sorában egyik kiemelkedő mozzanat volt Rosivall László professzor előadása a Semmelweis-kehely és Semmelweis-serleg bemutatásával.

Donáth Tibor professzor arról számol be, hogy számos külföldi tudós látogatta meg a Baráti Kör előadásait. Kiemelte Balogh Károly, a Bostoni Harvard Medical School pathológus professzorának előadását, valamint Róbert László akadémikus, a több mint 60 éve Franciaországban dolgozó tudós prezentációját. Vizi E. Szilveszter akadémikussal készült összefoglalójában Donáth Tibor professzor „Láthatatlan hidakon át” címmel írta le gondolatait, míg

Gálszécsy András jogászdoktorral, egykori titokminiszterrel készített beszélgetésével is marandót alkotott.

A Semmelweis Egyetem Baráti Körének 20 éves évfordulója alkalmából, 2011-ben pazar ünnepségre került sor a Nagyváradi téri Elméleti Tömbben, ahol a Medikus Zenekar kiváló kamaraegyüttese lélekemelő koncertet adott, ezt követően pedig felavatták a több mint 1 méter átmérőjű, 62 kg-os öntött bronz emléktáblát az aulában. Ezen a következő klasszikus görög idézet olvasható: „*Mindazon javak közül, amelyekben a bölcsesség részesít bennünket, a barátság a legértékesebb*” (Epikurosz). A mű Madarassy István ötvös- és szobrászművész alkotása. Az ünnepségen Monos Emil professzor, a Baráti Kör elnöke egy igen fontos kinyilatkoztatásaként jellemezte a táblát: „*E rejtett kurrikulum a barátság eszméjének plántálása és művelése*”, amely egyetemi képzésünk minden tantárgya háttérében megtalálható. Avató beszédet Kellermayer Miklós rektorhelyettes mondott.

További értékes fejezete a kötetnek az „1956 – forradalom és megtorlás a Budapesti Orvostudományi Egyetemen”. Molnár László írásából megismerhetjük az orvostanhallgatók és az egyetemi oktatók lelkes kitartását, a Petőfi szobornál október 23-án történt felvonulás képeit, majd az Üllői út 26-ban, a Bőrklínika épületének súlyos, tankok okozta károsodásait, és a Corvin köz szomszédságában álló Tűzoltó utcai Gyermekklínika épületének rombolását. Számos orvostanhallgatót és egyetemi oktatót zártak ki az egyetemről és bocsátottak el állásából. A hallgatók soraiból hárman meghaltak, 315-en nyugatra menekültek, így a 3085 fős össz-hallgatói létszámnak 1957 tavaszára mintegy 11%-a hiányzott. Mártírként halt meg Tóth Ilona orvostanhallgató, akinek szobra a Nagyváradi téri Elméleti Tömb bejáratánál található.

Értékes fejezet Anderlik Piroska professzor asszony tollából a „Rektoraink sírjai”, melyben a professzor asszony hatalmas, személyes kutatómunkája révén gyűjtötte össze az adatokat, a síremlékeket fotókkal is dokumentálta. A legtöbb sírhelyet a Fiumei úti temetőben (Kerepesi temető) találjuk. A Farkasréti temetőben szintén nyugszanak rektoraink. Sajnos ennek a temetőnek a „felszámolt sírok” listáján

szerepel Lenhossék Mihály Ignác és Stockinger Tamás nyughelye. A sírok nagy része rendezett, a család vagy a munkahely által gondozottak. A temetőkön kívül a Budapesti Ferenciek terén a Plébánia-templom altemplomában Stáhly Ignác professzor, míg a budapesti Szent István Bazilika altemplomában Romics László professzor nyugszik.

A Semmelweis Egyetem Baráti Köre aktív részt vett a vállalt és vállal a jövőben is az egyetem központi ünnepségein. 2008 óta folyamatosan vannak hagyományőrző megemlékezések,¹ így a március 15-i, október 23-i ünnepségeken, a július 1-jéhez kapcsolódó Semmelweis szobor koszorúzásánál az Üllői úti Belső klinikai tömbnél és az 56-os Nagyváradi Elméleti tömb előtti megemlékezésen Tóth Ilona szobránál.

BOTE, SOTE, SE: egy valódi történelem-fejezetben az önálló orvosegyetem illusztrált történeti kronológiáját Monos Emil professzor és Molnár László, a Semmelweis Egyetem Levéltár igazgatója mutatják be. A szerzők 1950. szeptember 17-től napjainkig történt névváltozásokat ismertetik (a Pázmány Péter Tudományegyetem az ELTE nevet veszi fel). 1951. február 1. fontos dátum: az ELTE Orvostudományi Karából BOTE - Budapesti Orvostudományi Egyetem lesz. 1955-ben létrejött az Általános Orvostudományi Kar, a Fogorvosi Kar és a Gyógyszerészi Kar. 1969. november 7-től az egyetem neve: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, míg 2000. január elsejétől napjainkig a Semmelweis Egyetem nevet viseli. Ebben a fejezetben az 1955-től napjainkig kinevezett rektorok portréi is szerepelnek Gegesi-Kiss Páltól egészen Szél Ágostonig.

Az elmúlt 25 esztendő jogán feltehetjük azt a kérdést, sikerült-e megvalósítani az alapítók elképzeléseit, és milyen útravalóval vágjunk neki a következő éveknek? E kiváló negyedszázados tevékenység után is arra kell törekedni, hogy megtarthassuk az egyetem közvéleményének, polgárainak az elismerését és támogatását. A Baráti Körnek olyan jövőkép építési stratégiát kell támogatnia, amelyet a következő generáció is – visszaemlékezései során – majd eredményesnek minősít. A Baráti Kör üzenete az lehet, a következő 25 év olyan eredményes lesz, amilyennek azt a tagsága tervezi és megvalósítja. E sorok írójaként örömmel veszek

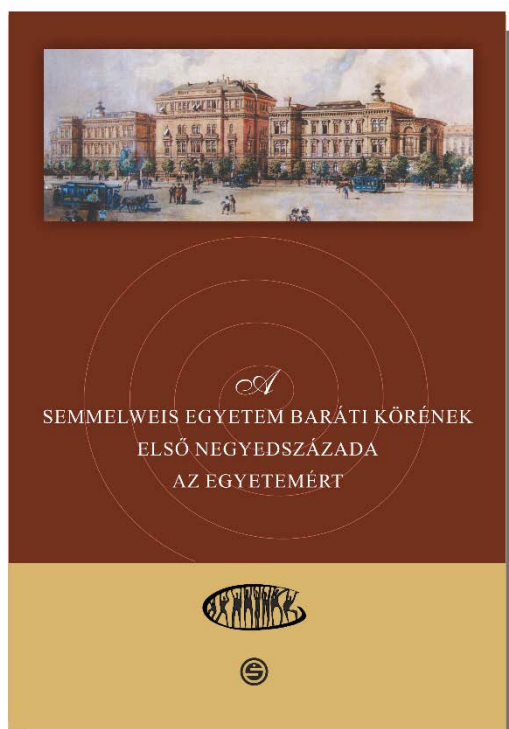
részt immár másfél évtizede Győről a Baráti Kör munkájában, és vezetőségi tagként Nyugat-Magyarországon folyamatosan beszámolok annak kiemelkedő tevékenységéről. Hálás köszönettel tartozom az elnökségnek, hogy évente személyesen vehetek részt az Üllői úti belső klinikai tömbben Semmelweis Ignác szobrának koszorúzásán, és ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy Győr város Radnóti utcai SE Egyetemi Oktató Gyermekorvosi rendelőjében márvány emléktáblát állítottunk Semmelweis Ignácnak. A győri ünnepek a hagyományok őrzőjeként is szerepelnek, elismerésekkel és díjak átadásával.^{2,3}

Az elmúlt negyedszázad kiváló és értékes munkája garanciát jelent a következő negyedszázad sikeres

munkájához, melyhez a Baráti Kör részéről – a teljesség igénye nélkül – Monos Emil, Donáth Tibor, Sótonyi Péter, Simon Tamás, Réthelyi Miklós, Fekete György, Rosivall László, Szél Ágoston professzorok az alapokat letették, hozzájuk kapcsolódott Farkas Julianna, Anderlik Piroska, Táncos László és Molnár László személye. Fosztóné Halász Andrea titkárságvezető lelkiismeretes munkája nélkülözhetetlen a Kör eredményes működéséhez. Az igényes kivitelű könyv méltó módon szolgálja a Semmelweis Egyetem hagyományainak megőrzését, és hozzájárul, hogy a hányatott sorsú orvos-tudós érdemeit az utókor gyermekeiként megőrizzük.^{4,5} Kiemelten fontos a 2018. év, amikor Semmelweis Ignác Fülöp születése 200. évfordulójáról emlékezünk meg.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A Szerző egy a világ 10 legjelentősebb orvosai között számon tartott orvos-tudós, Semmelweis Ignác tiszteletére megjelentetett könyvet ismertet. A 2015. év kulcsfontosságú a magyar orvostársadalom számára: Semmelweis Ignác halálának 150. évfordulóján, 2015-ben Chicago-ban, a világhírességek Pantheonjában életnagyságú szobrának felállítására került sor, és a világ „Semmelweis Év”-nek nyilvánította 2015-öt. A Semmelweis Ignác tiszteletére megalakult Baráti Kör kiemelten fontosnak tartja a róla elnevezett Egyetem hagyományainak méltó megőrzését, a korábbi professzorairól portré formában történő megemlékezést, életpályájuk bemutatását. Kegyeleti szempontból pedig példaértékű, hogy a Baráti Kör az Egyetem kiváló professzorai sírjainak gondozását felvállalta. A könyv értékálló alkotás egy rangos civil szervezet bemutatásával.



HIVATKOZÁSOK

¹ Schmidt P. (2008): 190 éve született a világhírű orvos-tudós. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 49:(5-6) p. 35.

² Schmidt P. Korompáky M. (2005): Semmelweis Ignác Fülöpre emlékeztek születése évfordulóján. EGÉSZSÉGNEVELÉS 46:(1-2) p. 18.

³ Schmidt P. Kormos E. Korompáky M. (2009): Kitüntetések és elismerések a Semmelweis ünnepségen. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 2009:(4) p. 15.

⁴ Schmidt P. (2003): Forradalom és sorstragédia a szülészeti történetében, Semmelweis élete és munkássága mai szemmel. ORVOSI HETILAP 144:(17) pp. 819-820.

⁵ Schmidt P. (2015): Semmelweis Ignác Fülöp tevékenységét a jövő nemzedék tudta csak igazán értékelni a kiváló orvos-tudós munkásságának értékei a tudomány szemszögéből: Magyar Tudományos Akadémia Budapest, 2015. június 12. ORVOSI HETILAP 156:(51) pp. 2090-2092.

Ismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés

How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? - A systematic review

Ismerteti: Nagy Barbara ✉

Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Szerzők: Andrew P. Black, Katina D'Onise, Robyn McDermott, Hassan Vally and Kerin O'Dea

Megjelenés: BMC Public Health, 2017, doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4795-5>

Beküldve: 2017. 11. 02.

doi: 10.24365/ef.v58i4.202

Kulcsszavak: családalapú programok, iskolai táplálkozási programok, szisztematikus áttekintés

Keywords: family-based programs, school nutrition programs, systematic overview

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány célja a családalapú és az iskolai/óvodai táplálkozási programok hatásának felmérése volt a ≤ 12 éves gyermekek egészségére, beleértve e hatások fenntarthatóságát és a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek jelentőségét. A szakirodalmi feldolgozás az 1980 és 2014 decembere között a témában megjelent publikációk szisztematikus áttekintésével történt. 39 tanulmány eredményéről számoltak be a szerzők, melyek mindegyike magas jövedelmű országokban élő, 12 éves kor alatti gyermekes családokat érintő randomizált kontrollált vizsgálat volt, ahol a fő kimeneti változót a táplálékbevitel és az egészségi állapot jelentette.

Tizennégy program a családok bevonására is tett lépéseket. A beavatkozások többségét iskolákban ($n=25$) vagy óvodákban ($n=6$) végezték, egy általános, az egészséges táplálkozást elősegítő, több összetevőt tartalmazó megközelítéssel. Négy tanulmány iskolai étkeztetési, egy iskolakert, egy iskola gyümölcs, kettő iskolai étkezőket célzó programot mutatott be. Az eredmények alapján megfogalmazható, hogy a családalapú programok, amelyek egyszerű táplálkozási információkkal látják el a szülőket, nagymértékben csökkentik a zsírbevitelt és növelik a zöldség-, gyümölcsfogyasztást, míg az iskolarendszerű programok mérsékelten növelik a zöldség- és gyümölcsbevitelt.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A családalapú és az iskolai táplálkozási programok javíthatják a táplálkozási szokásokat, azonban a pozitív hatások hosszú távú fenntarthatósága korlátozott. A hatékony programok tartalmaznak szerepmoделleket (kortárs, tanár), jutalmazást és az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférést.

In memoriam Prof. dr. Székely Lajos (1923-2017)

Beküldve: 2017. 10. 27.

doi: 10.24365/ef.v58i4.199

Hosszú, türelemmel viselt betegség után 94 éves korában csendesen elhunyt Prof. dr. Székely Lajos az egészségnevelés ikonikus alakja. Nevéhez fűződik az egészségnevelés diszciplínájának elméleti és módszertani megalapozása.

Tanult teológiát, pszichológiát, szociológiát, jogot, oklevelet szerzett klinikai és pedagógiai szakpszichológiából, művelte a klasszika-filológiát mint latin-, görög-, filozófia szakos tanár. Közel 70 évet töltött az egészségügy, az egészségnevelés szolgálatában. Az országos hírű professzor számos tudományos és ismeretterjesztő munkával gazdagította és oktatta az intézeti, majd főiskolai és végül egyetemi végzettséget adó mentálhigiéniai és egészségnevelő szakembereket, az egészségügy szerteágazó területein dolgozókat. Alapított, majd vezetett tanszéket, főiskolát, elnökölt nemzetközi bizottságokat, és nagyon sokat tanított itthon és külföldön egyaránt.

Munkáját az Egészségügyi Felvilágosítási Központ (EFK) Módszertani Osztályvezetőjeként kezdte, majd a Fővárosi KÖJÁL-ban irányította az egészségügyi felvilágosítást. Az egészségnevelés társadalmásításában nagy szerepet játszott munkássága, amelynek eredményeként elsőként a fővárosban, a Fővárosi Tanács háttérintézményeként működő Fővárosi Egészségnevelési Központban (FEK)

felügyelte és koordinálta a kerületi Tanácsoknál dolgozó egészségnevelők hálózatát.

Az egészségnevelés történetében nagy lépés volt, amikor 1975-ben munkásságával megalapozta az egészségnevelők intézményes főiskolai képzését az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi Főiskolai Karának Pedagógiai Intézetében, ahol főiskolai tanárként tevékenykedett tovább. A ma is dolgozó egészségnevelők, védőnők, ápolónők jelentős része az ő tanítványai voltak. Neve megkerülhetetlen az egészségnevelés diszciplínájában, számos tudományos publikáció, szakkönyv, főiskolai jegyzet szerzője. Az Egészségnevelés c. folyóirat első szerkesztője volt.

A civil szférában is úttörő munkát végzett; alapítója volt az egészségnevelés területén dolgozókat összefogó Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesületnek.

Kiépítette az egészségnevelés iránt elkötelezett óvodapedagógusokat összefogó Egészségesebb Óvodák Nemzeti Hálózatát.

Munkásságának elismeréseként megkapta a Magyar Köztársaság Érdemrend arany fokozatát.

Emlékét megőrizzük: tanítványai, munkatársai, tisztelői.